١٥٨ ①

الحقيبة التدريبية :

برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل .

الجزء الأول

الأرضية العلمية والارشادية العلاجية للادمان وفقاً للنظرية الانفعالية والمدرسة السلوكية .

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية
إدارة المطابع
نسخة الأرشيف
الرقم ٢/١٥٨/م التاريخ ١٤١٢/ /

الحقيبة التدريبية :

برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل .

الجزء الأول

الدكتور محمد حمدي حجار

الأرضية العلمية والارشادية العلاجية للادمان وفقاً للنظرية الانفعالية والمدرسة السلوكية .

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض
١٤١٣هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

في تعزيزهـا في أنفسهم. وهذه الافكـار والكلمات هي: الأفكـار الحتمية - والأفكار المخيفة - والافكار المهزمة للذات.

أ - الأفكـار والمقـولات الـذاتيـة التي فيهـا صفـة الحتميـة والاصـرار أي بالانجليزية musts, shoulds التي تُفْرَض عـلى الذات، وهي مقـولات مغالية في وصف الموقف الخارجي الذي يحرض عـلى التقويم والتـأويل مثـلاً: يجب عـليَّ كـذا. يجب أن أحصـل عـلى كـذا. يجب أن أمتلك كذا أي انك تفـرض على ذاتـك مـطالب يتعـين تحقيقهـا بـدون أن تكـون هناك خيـارات في حال عـدم تحقق المـطلب المفـروض عـلى الـذات. فبقولـك «يجب» معناه أنـك حولت الـرغبـة الى مـطلب أو حاجة. وكأني بذلك تقول يجب أن يكـون اللون الأحمر أزرق وهذا مـطلب غير واقعي ويستحيـل تحقيقه بقـوانين الاحتمـالات الحياتيـة، وأنت غير قادر على السيطرة عـلى الحوادث الخـارجية، فقـد تقدر عـلى النجاح في الفحص وقد لا تقدر، وقد تظفر بحب فتـاة وقد لا تـظفر وقد تفلح في دخول وظيفة تقدمت اليهـا وقد لا تفلح. فكلمـة «يجب» تعني القدرة التامة المقتدرة المطلقة. ولكن تنسى أن ما تفرضه هو جزء من القـدرة الالهيـة وليس قـدرة العبـد. فـأنت لا تقـدر عـلى التحكم بقوانين الحياة. وليس لك صفـة السيطرة عـلى مجرى الحيـاة. وعندمـا تفرض على ذاتك ما قد تفشل في الوصول إليـه وبدون وجـود بدائـل، فمعنى ذلـك أنك انـزلقت حكماً في الاحبـاط، واليأس، والقنـوط. وهنا تبدأ السيرة المرضية - فتخطو نحو المرض النفسي.

ب - المقولات والأحاديث مع الذات التي تتصف بتضخيم الحوادث وتهويل وقعها في النفس. وهذه المقولات المغالية المبالغة عادة ما تستخدم فيها

التعابير التالية: إنه لأمر مريع   أمر لا أستطيع تحمله لشدة وطأته
شيء مخيف مرعب   وغير ذلك.

إن هذه التعابير التي تحكم ذاتك بها غالبا ما تكون غير واقعية، ومحض مبالغات وتهويل، تترجم الامر المخيف الى كارثة. وكأني بذلك تقول لذاتك ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلاً من «٤». ومثل هذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على التحمل، فتجعل من سوء الحظ كارثة. فرد الفعل النفسي يختلف اختلافاً كلياً بين الاعتقاد أن هذا سوء حظ حدث لك، أو لحقت بك كارثة يصعب تحملها، فالاعتقاد الأول يؤدي الى الانزعاج، بينما المعتقد الثاني يصب في اليأس، والقنوط والاكتئاب.

إن الهدف من العلاج العقلاني - الانفعالي جعلك ترى الواقع واقعاً وليس الواقع المشوه المضخم تكتنفه الحتميات والمبالغات الانفعالية للمواقف.

جـ - الآن قد تتساءل كيف في الامكان التغلب على هذه المعتقدات والعواطف الخاطئة. ؟

نضيف إلى المعادلة الحرفية التي شرحناها الحرفين D و E وبذلك تصبح على الصورة التالية: A B C D E الحرف Dيعني مناهضة الافكار الخاطئة B التساؤل و Eالانفعال الجديد أو السلوك الذي تمخض عن عملية المناهضة.

فالخطوة الاولى في التعامل مع المواقف التي نضخمها، والمواقف التي نفرضها على ذواتنا (التي شرحناها سابقا) هذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا لماذا؟

فحرف D إذاً يترجم على الصورة التالية .

- لماذا اعتبر أن الأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة . ؟
- لماذا يجب عليّ الا أرتكب هذه الخطيئة؟
- لماذا ارتكبت خطيئة ما عليّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل . ؟

أما الحرف E فيعد بؤرة ولبّ وجوهر الارشاد العقلاني العلاجي ، إنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا . ؟

الآن وقد اكتملت الصيغة ، فلننظر إليها في سياق مثالنا التالي :

D - لماذا أعتبر أن الامر مخيف اذا ما ارتكبت خطيئة . ؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E :

E - إنه لأمر غير مخيف ليس بالشيء المزعج ، ولا المسبب للاحباط ذلك لأن أي انسان لا يرغب ارتكاب الخطأ. ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الانسان معصوم عن الخطأ. وارتكاب الخطأ معناه إثم كبير. ؟ إن ما يترتب عن ارتكاب الخطأ لا شك يكون مؤسفاً ولكن لا يصل الى درجة الأمر المخيف الكارثي .

D - لماذا يجب عليّ الا أرتكب هذه الخطيئة . ؟

E - بالطبع من المفضل ألاّ أرتكب خطيئة ، ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا أرتكب أي خطيئة ، أو يتعين عليّ ألا اخطىء- (حتى في أبسط الأعمال) ، لهذا فان كلمة «يجب» اللاعقلانية هي مطلب مطلق ، تعني أنه يتعين عليّ أن أكون كاملا . أي ألا أفعل ما فعلته ، أي ارتكاب الخطأ.

D - لماذا اذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل. ؟

E - إن ما أطلبه وأفرضه على نفسي من اتهامات هو شيء اختلقته من بنات افكاري، وهنا تكمن مشكلتي. الذي اعتقده أنني إذا ارتكبت خطأ فمعناه أنني إنسان ناقص أحمق أو ما شابه ذلك. والواقع لا شيء أفعله يجعلني اطلاقاً بالصورة التي أصف بها نفسي، فالخطيئة لا تجعلني بكليتي أحمق ثم إنني ما دمت اعيش على ارض هذه المعمورة سأظل ارتكب الخطأ بعد الخطأ. وهذا جزء من خلق الانسان مس خالقه وقصور من مقصوراته هو ارتكاب الاخطاء، لذا عليَّ أن أتآلف وأتعود على سلوك الخطأ فلا يفزعني ولا يجعلني ألوم نفسي، وأبالغ بوصف نفسي بأهمية وخطورة ما ارتكبت من أخطاء. فبدلا من أن ألوم نفسي وأحقرها عند ارتكاب الخطأ، الأفضل أن استخدم كامل قدراتي النفسية الكامنة لأصحح اخطائي. بل الاستفادة من الخطأ كخبرة انسانية لأصحح أي خطأ مستقبلاً، انطلاقاً من تجربة الخطأ ذاتها.

وتلخيصاً لما ذكرناه نبيّن ما يلي:

A - حادثة خارجية أو منبه داخلي غير سار.

B - أنت تقوّم الحادثة (العمليات الفكرية التقويمية) فتستعمل في أحاديثك مع ذلك تعابير: يجب - ومخيف، ولا أستطيع. وغيرها.

C - أنت تنزعج تبعاً لما تمخض عنه هذا التقويم للحادثة.

D - عليك أن تتساءل (لماذا هو أمر مخيف، أو يجب الا يحدث ذلك؟).

E - الجواب إنه ليس بالموقف السيء. إنه ليس بالأمر المخيب المحدث للاحباط. إنه ليس بالأمر الكارثي. أنا استطيع تحمل ذلك وامتصه.

في السـرد الـذي ذكـرنـاه لـك أيها الاختصـاصي الاجتمـاعي أو السيكولوجي اجبنـا بصورة كـافية وبـوضوح وبـاقناع لمـاذا اخترنـا مدرسـة «ألبرت أليس» للارشاد العلاجي في الادمان على المخدرات. وكما لاحـظت إننا أتينا على شرح هذه النظرية شرحاً وافياً لتعرف ركائز العلاج الذي يقوم على «تبديل المعتقد والفكـر لتبديـل الانفعال والسلوك. . » وأن فهمـك لهذه الفلسفة العلاجية المعرفية منذ الآن، هـو الذي يجعلك تستـوعب الخطوات الارشادية العلاجية عندما نـطبق أسس هذه النـظرية عـلى «الفكر والسلوك الادماني لتبديله».

الفصـــل الثالث

الإدمان على الادوية المخدرة والمسكرات

١ ـ نظـرة تاريخيــة :

يعود استخدام الادوية النفسية المحدثة للادمان والتعـود الى عصور مـا قبل التاريخ فالانسان كان دوماً وأبداً عـلى مجرى التـاريخ في حـاجة الى تبديل واقعه والتخفيف من معانـاته وقـد وجد في تعـاطي بعض النباتـات والاعشاب ـ بتأثيرها عـلى مزاجـه ـ ما يحقق هـذا الغرض. فكـان الحشيش مثلاً يستخدم على نطاق واسع في المجتمع الآشوري، في القرن الثـامن قبل الميلاد (Boldinger 1970).

وقد اتسم تناول تلك الأعشاب والنباتات المؤثـرة على الفكـر والعاطفـة بـطقوس دينيـة كما نجـده الآن في القبـائـل البـدائيـة التي تعيش في حـوض الأمازون وأمريكا الجنوبية.

ويعتبر الأفيون عند هذه القبائل هبة من الاله «سيـروس» بفعل تخفيفـه لمعاناة الفرد من الالم والحزن. وأوراق نبات (الكوكـا) هي عطاء من الالـه «انكاس» خلقه لاطعـام الجياع، وتقـوية الضعفـاء ولمساعـدتهم على تجـاوز آلامهم وأحزانهم كما يتعقدون.

وهكـذا نجـد أن مشكلة تعـاطي «الادويـة المبـدلـة للمـزاج والتفكـير وللسلوك ذات أصـول وجذور تـرتبط بالإنسـان ذاته عنـدما شكـل رهوطـا اجتماعية، وفي نـزوعاتـه، وحاجـاته البيـولوجيـة والشخصية والاجتمـاعية

الساعية الى الاشباع والارواء ولكن تصطدم بعوائق فيعيش الاحباط الذي يقود بعضهم الى تعاطي المخدر أو المسكر، وفي نوعية الآليات النفسية الدفاعية التي يستخدمها للسيطرة على مخاوفه وآلامه النفسية، وقلقه.

ولا عجب إذاً، ان الانسان اليوم بعدما عقّد حياته الاجتماعية وأحدث نظماً اقتصادية قائمة على التنافس، وخلقت الصناعة تبدلات جوهرية في نظام حياة الانسان المعاصر، فانعكست عليه بالحس دوما بالتهديد والخوف من العوز. وفتقت رغباته لاقتناء سلع الحضارة ورفاهيتها فجلبت له الشقاء من خلال الكد والتزاحم لنيل هذه السلع والرفاهية بشتى الطرق المشروعة وغير المشروعة كل هذه الأمور تعد من مسببات انتشار تعاطي المواد المخدرة وشيوعها، إما كوسيلة للهروب من الحياة ومعاناتها أو لكسر الملل والسأم والضجر وفقدان الحوافز والأهداف التي تخلقها الرفاهية والثراء وبخاصة في العالم الثالث. فالرفاهية المتزايدة المتعاظمة تعد بذاتها عنصراً مؤثراً،لأنها تضعف الحوافز والاهداف المحركة لطاقة الانسان وكدِّه، وشعوره بلذة الانجاز والكفاح من أجل بلوغ لقمة العيش تماما مثلما يحدث الفقر والعوز من توتر ومعاناة بفعل الاحباط وعدم القدرة على اشباع الحاجات الشخصية والفيزيولوجية عند المحروم المستضعف.

ومما يدعو للأسف أن البلدان العربية باتت تهددها الويلات والشرور التي ذكرناها، بحيث أن مشكلة تجارة المخدرات وتعاطيها بين الأحداث والمراهقين والشباب من مختلف الجنسين أخذ يستفحل شرها المستطير طولاً وعرضاً. وأن ثمة بلدانا عربية كانت منذ عهد قريب غير مصنفة في عداد بلدان متعرضة لانتشار المخدرات، أضحت اليوم تنوء تحت وطأة مشكلات المخدرات ومسافهة الكحول والادوية الطبية المحدثة للتعود.

ولا نبالغ القول أن بلادنا أضحت معرضة ومستهدفة بشكل أو بآخر لترويج استعمال المخدرات في أجيالنا الناشئة. وهذا أمر تتكلم عنه احصائيات ضبط المخدرات التي لا تشكل الا جزءاً يسيراً من الترويج الخفي المتستر الاجرامي، وأيضا النسب المتزايدة من المراهقين والشباب الذين يتعاطون المؤثرات العقلية بكل أنواعها، مما دفع ذلك بعض البلدان العربية كالدول الخليجية والمملكة العربية السعودية الى انشاء مشافٍ خاصة لعلاج الادمان (مشافي الأمل).

وثمة أمر آخر يجب ألا يغيب عن أذهاننا كمرشدين اجتماعيين أو سيكولوجيين أنه من الخطأ أن نفكر أن انحرافات السلوك هي كيانات إمراضية منفصلة فالانحراف الجنسي يستجر الادمان على المخدرات والكحول. والدعارة كثيراً ما تتلازم مع السيكوباتية والأسر المقوَّضة. والاتجار بالمخدرات يتواكب مع السلوك الاجرامي والعنف. وهكذا فإن هذا التفاعل والتعايش بين اضطرابات السلوك والانحرافات تخلق مشكلات، وتفرض استراتيجيات علاجية ووقائية متعددة الانظمة سواء في المشافي النفسية أو في مراكز رعاية الصحة الاولية أو الاصلاحيات الاجتماعية. وان الجدل في هذا الموضوع ينحصر في المدرسة العلاجية النفسية الأوفق الممكن اعتمادها في هذه المراكز لعلاج تعاطي المخدرات والكحول وتقديم الارشاد النفسي.

٢ ـ الادمان معناه وتعريفه:

لا يوجد اتفاق بين العلماء حول معنى الادمان Addiction فرجال الطب يفسرون الادمان بتأثيره على الجسم ووظائف الدماغ، وعلماء الاجتماع يفهمون الادمان من خلال تأثيره على الفرد في علاقاته الاجتماعية،

والقانونيون يعطون الادمان معاني السلوك الذي يتصدى للقانون ويتحداه. ومع ذلك فإن هذا المصطلح اضحى على درجة كبيرة من الشيـوع (أي تعبير الادمـان) لدرجـة يصعب التخلي عنـه وتبديله، وبسبب هـذه الصعـوبـات المصـادفة في تعـريف الادمان، هنـاك اتجاه متـزايـد في استخـدام مصـطلح التعلق او الارتبـاط «Dependence» الذي عُـرِّف من قبل منـظمـة الصحـة العـالمية بشكـل تم فيـه وضـع تصنيف لكـل مـادة أو دواء يؤدي مـع سـوء استخدامه الى التعلق به وفقا للاسم الكيميائي للمـادة. وهذه التصـانيف الدوائية المخدرة سنأتي على ذكرها فيما بعد.

تعريف الادمان : (أو الـدواء المحدث للتعـود) : وفقاً لمـا عرفتـه منظمـة الصحة العالمية :

«هـو حالـة نفسية، وأحيـانا جسميـة تنجم عن التفاعـل الذي يتم بـين العضوية الحية والدواء ويتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكيـة، وأخـرى تتضمن صفة الجـبر أو القهر Compulsion الـذاتي في تناول الـدواء تناولاً مستمراً أو متقطعاً وذلك إما من أجل الحصول عـلى تأثيـراته النفسيـة المـرغـوبـة، أو في بعض الأحيـان لتجنب الانـزعـاج النفسي أو العضــوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب. وفي تعاطي المـادة المحدثـة للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل Tolerance (أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعـة مع الزمن) وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخـدرة التي يتعاطاها الفرد».

نلاحظ في هذا التعريف وجود تعلق فيزيولوجي (بدني) وتعلق نفسي في تعاطي المخدرات والكحـول. فالتعـود البدني يمكن فهمـه على أحسن وجـه بكـونه النتيجـة النهائيـة لمـا يمكن افتـراضـه للتبـدل البيـوكيميـائي العصبي

الحاصل في جسم المدمن. وهذا التبدل هو الذي يخلق حاجة العضوية الى المخدر كيما تحتفظ هذه العضوية بالتوازن الجديد الذي نجم عن هذا التبديل، في حين أن ايقاف تعاطي المخدر يخل بهذا التوازن. لذا نرى عند المدمن الاضطراب الفيزيولوجي عند اختلال هذا التوازن. وحاجته الى المادة المخدرة أو المسكرة لاعادة التوازن البيوكيميائي المختل. وغالباً ما تكون اعراض اختلال وظيفته العضوية شديدة (عند تعاطي الأفيون والمخدرات المسكنة) ومصحوبة بانزعاجات بدنية شديدة، ومصحوبة بأعراض عقلية. وهذا كله دليل على أعراض الامتناع أو توقف تعاطي المخدر فجأة ذات الأساس البيولوجي.

أما التعلق السيكولوجي فلا يتضمن فقط المسرة الذاتية، أو النشوة أو اضعاف التوتر النفسي بفعل توترات خارجية، ولكن أيضاً الخوف من انتهاء مفعول المادة المخدرة في الجسم ومعاناة اعراض هذا الانتهاء أو التوقف عن أخذ المخدر، وما يسبب ذلك من التوتر النفسي الحاد والقلق والاكتئاب.

واذا كان المدمن في بادىء الأمر قد ارتبط بالمخدر من أجل تبديل واقعه أو إضعاف تواتراته الناجمة عن عدم قدرته على التعامل مع مصاعب الحياة كما تبدو له، أو من أجل الحصول على النشوة الكاذبة العابرة الهروبية، فانه في نهاية المطاف يقع في شرك الادمان والخوف من تلاشي تأثيرات المخدر أو الكحول في بدنه وما يترتب عن ذلك ما نسميه باعراض توقف تعاطي المخدر أو الكحول (اعراض السحب) Withdraual symptoms والحاجة الى جرعة جديدة من المخدر أو المسكر

٣ ـ تصانيف الأدوية المحدثة للتعود (المخدرات) منظمة الصحة العالمية:

تُصنف الأدوية المحدثة للتعود وذلك وفقاً لتأثيراتها الفارماكولوجية

(الصيدلانية) على الجملة العصبية المركزية، وعلى السلوك والعاطفة وعلى النفس. وعلى هذا نذكر التصنيف التالي المقرر من قبل منظمة الصحة العالمية

نوع المادة المخدرة	نوع التأثير على الجملة العصبية المركزية	نوع التعود ومستوى التحمل		
		نفسي	بدني	مستوى التحمل
الكحول	مهدىء ومثبط Depressant	×	×	زيادة المقدار
المورفين، الهيروين، البثدين، الميثادون، مشتقات الأفيون.	مسكنة - مخدرة Narcotic - Analgesic Drugs	×	×	زيادة المقدار
الكوكايين، الامفيتامينات، ومشابهاتها.	منشطة للجملة العصبية Simu- lants	×	—	لا يحتاج إلى زيادة الجرعة في الكوكايين ولكن زيادة الجرعة متدرجة في الأمفيتامينات.
الدواء .L.S.D، المسكلين.	مهلوسة (أي محدثة للأهلاس) Hallucinog- nic	×	—	زيادة متدرجة في الجرعة.
الحشيش، (القنب الهندي)، ومشتقاته، مارجوانا، شاراس.	فرط نشاط نفسي، حركي، أفوريا، (أي النشوة العارمة).	نفسي شديد	—	لا يوجد أي لا يحتاج إلى زيادة الجرعة.
الأدوية المهدئة، المنومة من زمرة الباربيتورات.	حالّة للقلق، ومهدئة ومنومة.	فيزيولوجي شديد		حسب مقدار الجرعة المتعود عليها المدمن.
الأدوية المنومة اللاباربيتورية	حالّة للقلق ومنومة.	×	—	زيادة مقدار الجرعة
الأدوية المهدئة الحالّة للقلق من زمرة البنزوديازبينات (الفاليوم وغيره).	حالّة للقلق ومهدئة	×	×	زيادة المقدار
التبغ	تنبيه للجملة العصبية الودية.	=	=	زيادة متدرجة في مقدار التبغ.

٤ ـ أنماط الصور السريرية ـ السيكاترية للتعود على المخدرات والمسكرات :

تُحدث المخدرات والكحول اضطرابات بدنية وعقلية وسلوكية، وانفعالية وذلك في حالة الانسمامات الحادة (أي تعاطي مقادير عالية من المسكر أو المخدر) والانسمامات المزمنة، وايضا في التوقف المفاجىء غير المتدرج عن تعاطي المادة المخدرة أو المسكرة.

وسنتكلم باختصار عن هذه الاضطرابات نظرا لأهمية هذه المعرفة في علاج وارشاد تعاطي المخدرات والمسكرات.

أ ـ الأعراض السريرية (الاكلينيكية) للانسمامات الحادة (البدنية) :

١ ـ الافيونيات : جمود، بطء التنفس وعدم انتظامه، بطء القلب، انخفاض حرارة الجسم وضغط الدم، ضعف النبض ويحدث الموت إذا لم يسعف المريض.

٢ ـ الباربيتوريات : خمول، بطء الكلام، سرعة التهيج، العدوان، الافكار الزورية (أي الشكوك المرضية)، الميول الانتحارية، يحدث الموت نتيجة استرخاء القلب والدوران.

٣ ـ الكحول : يهزع المشية (أي الرنح Ataxia) ، الرجفان، الدوار ثورات الغضب، الوهن، انخفاض درجة حرارة الجسم ودخول المريض باعراض السبات الكحولي، ضعف المنعكسات العصبية، انحباس البول، الموت اذا لم يسعف المريض.

٤ ـ الامفيتامينات : المقادير العالية تؤدي الى الاختلاجات، فرط ارتفاع الحرارة، ارتفاع الضغط الشرياني، والموت بسبب الصدمة الدورانية القلبية

٥ ـ الكوكائين: الأعراض المماثلة للأمفيتامينات، الموت بسبب توقف مركز التنفس.

٦ ـ مركبات بنزوديازبينات (الفاليوم وغيره)، النوم المديد، نادراً ما يحدث الموت.

٧ ـ المنومات اللاباربيتورية: الموت بفعل توقف مركز التنفس.

٨ ـ الحشيش والمواد المهلوسة: رحلات هذيانية وهُلاسية حادة لكنها غير مميتة.

ب ـ الأعراض الذهانية (العقلية):

١ ـ في الانسمام الحاد أو عند التوقف الفجائي عَن تعاطي المخدر:

الهلوسة ـ الهذيان، اضطرابات المزاج الشديدة والسلوك ـ اضطراب وظائف القدرات العليا (التفكير، المحاكمة، الذاكرة، الادراك الخ. .)

٢ ـ في الانسمام المزمن (التعاطي المديد للمخدر).

ـ الامفيتامينات والكوكائين: تشاهد الذهانات الزورية (أي الشكوك المرضية).

ـ في الانسمام الكحولي المزمن: الشكوك المرضية وهذيانات الحسد والغيرة (مثل اتهام الزوجة بالانحراف والضلال الجنسي ومحاولة جمع الادلة لادانتها). تنازركورساكوف (اضطراب شديد في الذاكرة القريبة حيث يحاول المدمن في هذه الحالة سد ثغرات ذاكرته الضعيفة باختلاق قصص ووقائع غير موجودة، ولم تحدث، وتكون من صنع تخيلاته وأوهامه بدون أن يكون لديه نية في التحريف والتزييف للوقائع. وهذه مشكلة كبيرة في القضاء على مستوى شهادة اثبات)، التوهان في الزمان والمكان، الخجل، فرط التهيج.

ـ الحشيش (القنب ـ القبنس الهندي ومشتقاته)، يسهل ظهور المرض العقلي عند ذوي الاستعداد. يحدث عدم استقرار نفسي شديد مصحوب بالقلق وردود فعل هلعية.

٥ ـ النتائج الاجتماعية والاسرية والمهنية والسيكولوجية للادمان:

أ ـ على المستوى النفسي والاسري: يبدل الادمان تبديلاً جذرياً نفسية المدمن وطريقة تعامله الاسري واسلوب حياته، بحيث نرى حياته وقد تبلورت وتركزت كلياً على المخدر والحصول عليه، فبالاضافة الى التأثيرات السلبية التي رأيناها وذكرناها على قدراته العقلية وتفكيره وحياته النفسية، نجد أن الشعور بالكرامة الذاتية والاعتبار ينحط الى حد كبير، ويفقد المريض احترامه لذاته، فهو مستعد من أجل الحصول على المخدر أن يدفع بنفسه الى الدرك الاسفل في علاقاته مع مروجي تجارة المخدرات، ويبدد امواله على المخدر، تاركاً مسؤولياته الأسرية والتزاماته تجاه أفراد عائلته ليبعث فيها الفقر والحاجة والعوز. لذا فإن حياته الاسرية تصاب بشرخ خطير يبدو نرجسياً أنانياً لا يفكر الاّ بولعه الادماني الذي يطارده كالشبح. وغالباً ما تنتهي حياته الزوجية بالانهيار وتشتت افراد عائلته وانحرافها.

ب ـ على المستوى الاجتماعي: ينخرط المدمن في الرهوط المدمنة التي هي على شاكلته، فيتبنى اعرافها وتقاليدها الخاصة فيرى فيها الدعم المتبادل ويجد ذاته فيها فقط. فالمحيط أضحى غريبا بالنسبة اليه لأن الرفض الاجتماعي لسلوكه يدفعه الى الابتعاد عن مجتمعه الاصلي لينتسب الى الرهط المدمن.

يحترف الجريمة، ويسلك مسلك الخارج على القانون، أما بفعل

تأثير المادة المخدرة السمي على قدراته العقلية، أو للحصول على المال لابتياع المخدر

ينخرط في عصابات الاجرام وتهريب المخدرات ويتعاطى اسباب الرذيلة لأن الادمان بذاته يجر عليه هذه الويلات التي لا تزيده الا الامعان في تعاطي المخدر والتعلق به نتيجة الشعور بالتهديد والقلق. والحصول على المال بأي وسيلة كانت.

جـ - على مستوى الصحة النفسية والجسدية. بفعل سوء حالته الصحية الغذائية وانخفاض مناعته ضد الامراض وانغماسه في الرذيلة، فهو عرضة لجميع انواع الخماجات، لا سيما نتيجة استعماله المحاقن المتجرثمة الملوثة من دماء غيره من المدمنين. ويعد المدمن في لائحة الافراد المعرضين للاصابة بفيروس مرض الايدز. ورأينا في تأثير المخدر السمي المزمن كيف أن المادة المخدرة تحدث اضطرابات نفسية أو عقلية.

٦ - أسباب الإدمان :

مشكلة الادمان مشكلة معقدة نظراً لتداخل عوامل كثيرة ومعقدة في حدوث الادمان لتخلق في نهاية المطاف النزوع الملحاح الذي لا يقاوم نحو تعاطي المخدر أو المسكر. ففي الادمان عوامل أرثية تركيبية، واجتماعية، واقتصادية، وأسرية تربوية ونفسية وثقافية حضارية. وحتى الآن لم يتمكن العلماء من عزل عامل واحد فيه الوزن الكبير في تسبيب الادمان. فالعوامل التي ذكرناها تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتشكل السلوك الادماني.

وأنه لمن الخطأ أن نتعصب للنظريات الاجتماعية أو القانونية، أو التربوية، أو النفسية أو الوراثية التركيبية فنعزي الادمان الى أحدى هذه

في تعزيزهـا في أنفسهم. وهذه الافكـار والكلمات هي: الأفكـار الحتمية - والأفكار المخيفة - والافكار المهزمة للذات.

أ - الأفكـار والمقـولات الـذاتيـة التي فيهـا صفـة الحتميـة والاصـرار أي بالانجليزية musts, shoulds التي تُفْرَض عـلى الذات، وهي مقـولات مغالية في وصف الموقف الخارجي الذي يحرض عـلى التقويم والتـأويل مثـلاً: يجب عـليَّ كـذا. يجب أن أحصـل عـلى كـذا. يجب أن أمتلك كذا أي انك تفـرض على ذاتـك مـطالب يتعـين تحقيقهـا بـدون أن تكـون هناك خيـارات في حال عـدم تحقق المـطلب المفـروض عـلى الـذات. فبقولـك «يجب» معناه أنـك حولت الـرغبـة الى مـطلب أو حاجة وكأني بذلك تقول يجب أن يكـون اللون الأحمر أزرق وهذا مـطلب غير واقعي ويستحيـل تحقيقه بقـوانين الاحتمـالات الحياتيـة، وأنت غير قادر على السيطرة عـلى الحوادث الخـارجية، فقـد تقدر عـلى النجاح في الفحص وقد لا تقدر، وقد تظفر بحب فتـاة وقد لا تـظفر وقد تفلح في دخول وظيفة تقدمت اليهـا وقد لا تفلح. فكلمـة «يجب» تعني القدرة التامة المقتدرة المطلقة ولكن تنسى أن ما تفرضه هو جزء من القـدرة الالهيـة وليس قـدرة العبـد. فـأنت لا تقـدر عـلى التحكم بقوانين الحياة. وليس لك صفـة السيطرة عـلى مجرى الحيـاة. وعندمـا تفرض على ذاتك ما قد تفشل في الوصول إليـه وبدون وجـود بدائـل، فمعنى ذلـك أنك انـزلقت حكماً في الاحبـاط، واليأس، والقنـوط. وهنا تبدأ السيرة المرضية - فتخطو نحو المرض النفسي.

ب - المقولات والأحاديث مع الذات التي تتصف بتضخيم الحوادث وتهويل وقعها في النفس. وهذه المقولات المغالية المبالغة عادة ما تستخدم فيها

التعابير التالية: إنه لأمر مـريع   أمـر لا أستطيـع تحمله لشدة وطـأته
شيء مخيف مرعب   وغير ذلك.

إن هذه التعابـير التي تحكم ذاتك بهـا غالبـا ما تكـون غير واقعيـة، ومحض مبالغات وتهويل، تترجم الامر المخيف الى كارثة. وكأني بذلك تقول لذاتك ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلاً من «٤». ومثل هذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القـدرة على التحمـل، فتجعل من سـوء الحظ كارثـة. فرد الفعل النفسي يختلف اختلافاً كلياً بين الاعتقـاد أن هذا سـوء حظ حـدث لك، أو لحقت بـك كارثـة يصعب تحملهـا، فـالاعتقـاد الأول يؤدي الى الانـزعاج، بينـما المعتقـد الثـاني يصب في اليـأس، والقنـوط والاكتئاب.

إن الهـدف من العلاج العقـلاني ـ الانفعـالي جعلك تـرى الـواقـع واقعـاً. وليس الواقـع المشـوه المضخم تكتنفـه الحتميـات والمبـالغـات الانفعالية للمواقف.

جـ ـ الآن قـد تتسـاءل كيف في الامكـان التغلب عـلى هـذه المعتقـدات والعواطف الخاطئة. ؟

نضيف إلى المعادلة الحرفية التي شرحناها الحرفين D و E وبذلك تصبح على الصورة التالية: A B C D E الحرف Dيعني مناهضـة الافكار الخـاطئة B التسـاؤل وEالانفعـال الجـديـد أو السلوك الـذي تمخض عن عمليـة المناهضة.

فالخطوة الاولى في التعـامل مـع المواقف التي نضخمهـا، والمواقف التي نفرضها على ذواتنا (التي شـرحناهـا سابقـا) هذا التعـامل يكـون بأن نسـأل أنفسنا لماذا؟

فحرف D إذاً يترجم على الصورة التالية

ـ لماذا اعتبر أن الأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة . ؟

ـ لماذا يجب عليَّ الا أرتكب هذه الخطيئة؟

ـ لماذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل . ؟

أما الحرف E فيعد بؤرة ولبّ وجوهر الارشاد العقلاني العلاجي ، إنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا . ؟

الآن وقد اكتملت الصيغة ، فلننظر إليها في سياق مثالنا التالي :

D - لماذا أعتبر أن الامر مخيف اذا ما ارتكبت خطيئة . ؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E :

E - إنه لأمر غير مخيف ليس بالشيء المزعج ، ولا المسبب للاحباط ذلك لأن أي انسان لا يرغب ارتكاب الخطأ. ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الانسان معصوم عن الخطأ. وارتكاب الخطأ معناه إثم كبير ؟ إن ما يترتب عن ارتكاب الخطأ لا شك يكون مؤسفاً ولكن لا يصل الى درجة الأمر المخيف الكارثي .

D ـ لماذا يجب عليَّ الا أرتكب هذه الخطيئة . ؟

E ـ بالطبع من المفضل الّا أرتكب خطيئة ، ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا أرتكب أي خطيئة ، أو يتعين عليَّ ألا اخطىء (حتى في أبسط الأعمال)، لهذا فان كلمة «يجب» اللاعقلانية هي مطلب مطلق ، تعني أنه يتعين عليَّ أن أكون كاملا . أي ألا أفعل ما فعلته، أي ارتكاب الخطأ .

D - لماذا اذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل. ؟

E - إن ما أطلبه وأفرضه على نفسي من اتهامات هو شيء اختلقته من بنات افكاري، وهنا تكمن مشكلتي. الذي اعتقده أنني إذا ارتكبت خطأ فمعناه أنني إنسان ناقص أحمق أو ما شابه ذلك. والواقع لا شيء أفعله يجعلني اطلاقاً بالصورة التي أصف بها نفسي، فالخطيئة لا تجعلني بكليتي أحمق ثم إنني ما دمت اعيش على ارض هذه المعمورة سأظل ارتكب الخطأ بعد الخطأ. وهذا جزء من خلق الانسان من خالقه وقصور من مقصوراته هو ارتكاب الاخطاء، لذا عليَّ أن أتآلف وأتعود على سلوك الخطأ فلا يفزعني ولا يجعلني ألوم نفسي، وأبالغ بوصف نفسي بأهمية وخطورة ما ارتكبت من أخطاء. فبدلا من أن ألوم نفسي وأحقرها عند ارتكاب الخطأ، الأفضل أن استخدم كامل قدراتي النفسية الكامنة لأصحح اخطائي. بل الاستفادة من الخطأ كخبرة انسانية لأصحح أي خطأ مستقبلاً، انطلاقاً من تجربة الخطأ ذاتها.

وتلخيصاً لما ذكرناه نبينّ ما يلي:

A - حادثة خارجية أو منبه داخلي غير سار.

B - أنت تقوّم الحادثة (العمليات الفكرية التقويمية) فتستعمل في أحاديثك مع ذلك تعابير: يجب - ومخيف، ولا أستطيع. وغيرها.

C - أنت تنزعج تبعاً لما تمخض عنه هذا التقويم للحادثة.

D - عليك أن تتساءل (لماذا هو أمر مخيف، أو يجب الا يحدث ذلك؟).

E - الجواب إنه ليس بالموقف السيء. إنه ليس بالأمر المخيب المحدث للاحباط. إنه ليس بالأمر الكارثي. أنا استطيع تحمل ذلك وامتصه.

في الســرد الـذي ذكـرنـاه لــك أيها الاختصــاصي الاجتمــاعي أو السيكولوجي اجبنـا بصورة كـافية وبـوضوح وبـاقناع لماذا اخترنـا مدرسـة «ألبرت أليس» للارشاد العلاجي في الادمان على المخدرات. وكما لاحـظت إننا أتينا على شرح هذه النظرية شرحاً وافياً لتعرف ركائز العلاج الذي يقوم على «تبديل المعتقد والفكـر لتبديـل الانفعال والسلوك. . » وأن فهمـك لهذه الفلسفة العلاجية المعرفية منذ الآن، هـو الذي يجعلك تستـوعب الخطوات الارشادية العلاجية عندما نـطبق أسس هذه النـظرية عـلى «الفكر والسلوك الادماني لتبديله».

الفصل الثالث

الإدمان على الادوية المخدرة والمسكرات

١ ـ نظرة تاريخية :

يعود استخدام الادوية النفسية المحدثة للادمان والتعود الى عصور ما قبل التاريخ فالانسان كان دوماً وأبداً على مجرى التاريخ في حاجة الى تبديل واقعه والتخفيف من معاناته وقد وجد في تعاطي بعض النباتات والاعشاب ـ بتأثيرها على مزاجه ـ ما يحقق هذا الغرض. فكان الحشيش مثلاً يستخدم على نطاق واسع في المجتمع الآشوري، في القرن الثامن قبل الميلاد (Boldinger 1970).

وقد اتسم تناول تلك الأعشاب والنباتات المؤثرة على الفكر والعاطفة بطقوس دينية كما نجده الآن في القبائل البدائية التي تعيش في حوض الأمازون وأمريكا الجنوبية.

ويعتبر الأفيون عند هذه القبائل هبة من الاله «سيروس» بفعل تخفيفه لمعاناة الفرد من الالم والحزن. وأوراق نبات (الكوكا) هي عطاء من الاله «انكاس» خلقه لاطعام الجياع، وتقوية الضعفاء ولمساعدتهم على تجاوز آلامهم وأحزانهم كما يتعقدون.

وهكذا نجد أن مشكلة تعاطي «الادوية المبدلة للمزاج والتفكير وللسلوك ذات أصول وجذور ترتبط بالإنسان ذاته عندما شكل رهوطا اجتماعية، وفي نزوعاته، وحاجاته البيولوجية والشخصية والاجتماعية

الساعية الى الاشباع والارواء ولكن تصطدم بعوائق فيعيش الاحباط الـذي يقود بعضهم الى تعاطي المخـدر أو المسكـر، وفي نـوعيـة الآليـات النفسيـة الدفاعية التي يستخدمها للسيطرة على مخاوفه وآلامه النفسية، وقلقه

ولا عجب إذاً، ان الانسـان اليوم بعـدما عقّـد حيـاتـه الاجتمـاعيـة وأحـدث نظماً اقتصـادية قـائمة عـلى التنافس، وخلقت الصنـاعـة تبـدلات جـوهريـة في نظام حيـاة الانسان المعـاصر، فانعكست عليـه بـالحس دومـا بالتهديد والخوف من العوز. وفتقت رغباته لاقتناء سلع الحضارة ورفاهيتهـا فجلبت له الشقاء من خلال الكد والتزاحم لنيل هذه السلع والرفاهية بشتى الطرق المشروعة وغير المشروعة. كل هذه الأمور تعد من مسببـات انتشار تعاطي المواد المخدرة وشيوعها، إما كوسيلة للهروب من الحيـاة ومعانـاتها أو لكسر الملل والسأم والضجر وفقدان الحوافز والأهداف التي تخلقها الرفـاهية والثراء وبخاصة في العالم الثالث. فالرفاهيـة المتزايـدة المتعاظمـة تعد بـذاتها عنصراً مؤثراً، لأنها تضعف الحوافز والاهداف المحركة لطاقة الانسان وكدِّه، وشعوره بلذة الانجاز والكفاح من أجل بلوغ لقمة العيش تمامـا مثلما يحدث الفقـر والعوز من تـوتر ومعـاناة بفعـل الاحباط وعـدم القـدرة عـلى اشبـاع الحاجات الشخصية والفيزيولوجية عند المحروم المستضعف.

ومما يدعو للأسف أن البلدان العربية باتت تهددهـا الويـلات والشرور التي ذكرناهـا، بحيث أن مشكلة تجارة المخـدرات وتعاطيهـا بين الأحـداث والمراهقين والشباب من مختلف الجنسين أخذ يستفحل شرها المستـطير طولاً وعرضاً وأن ثمة بلدانا عربية كانت منذ عهد قريب غير مصنفة في عـداد بلدان متعرضة لانتشار المخدرات، أضحت اليوم تنوء تحت وطأة مشكلات المخدرات ومسافهة الكحول والادوية الطبية المحدثة للتعود.

ولا نبالغ القول أن بلادنا أضحت معرضة ومستهدفة بشكل أو بآخر لترويج استعمال المخدرات في أجيالنا الناشئة. وهذا أمر تتكلم عنه احصائيات ضبط المخدرات التي لا تشكل الا جزءاً يسيراً من الترويج الخفي المتستر الاجرامي، وأيضا النسب المتزايدة من المراهقين والشباب الذين يتعاطون المؤثرات العقلية بكل أنواعها، مما دفع ذلك بعض البلدان العربية كالدول الخليجية والمملكة العربية السعودية الى انشاء مشافٍ خاصة لعلاج الادمان (مشافي الأمل).

وثمة أمر آخر يجب ألا يغيب عن أذهاننا كمرشدين اجتماعيين أو سيكولوجيين أنه من الخطأ أن نفكر أن انحرافات السلوك هي كيانات إمراضية منفصلة. فالانحراف الجنسي يستجر الادمان على المخدرات والكحول. والدعارة كثيراً ما تتلازم مع السيكوباتية والأسر المقوَّضة والاتجار بالمخدرات يتواكب مع السلوك الاجرامي والعنف. وهكذا فإن هذا التفاعل والتعايش بين اضطرابات السلوك والانحرافات تخلق مشكلات، وتفرض استراتيجيات علاجية ووقائية متعددة الانظمة سواء في المشافي النفسية أو في مراكز رعاية الصحة الاولية أو الاصلاحيات الاجتماعية. وان الجدل في هذا الموضوع ينحصر في المدرسة العلاجية النفسية الأوفق الممكن اعتمادها في هذه المراكز لعلاج تعاطي المخدرات والكحول وتقديم الارشاد النفسي.

٢ ـ الادمان معناه وتعريفه:

لا يوجد اتفاق بين العلماء حول معنى الادمان Addiction فرجال الطب يفسرون الادمان بتأثيره على الجسم ووظائف الدماغ، وعلماء الاجتماع يفهمون الادمان من خلال تأثيره على الفرد في علاقاته الاجتماعية،

والقانونيون يعطون الادمان معاني السلوك الذي يتصدى للقانون ويتحداه. ومع ذلك فإن هذا المصطلح اضحى على درجة كبيرة من الشيـوع (أي تعبير الادمـان) لدرجـة يصعب التخلي عنـه وتبديله، وبسبب هـذه الصعـوبـات المصـادفة في تعـريف الادمان، هنـاك اتجاه متـزايـد في استخـدام مصـطلح التعلق او الارتبـاط «Dependence» الذي عُـرِّف من قبل منـظمـة الصحـة العـالمية بشكـل تم فيـه وضـع تصنيف لكـل مـادة أو دواء يؤدي مـع سـوء استخدامه الى التعلق به وفقا للاسم الكيميائي للمـادة. وهذه التصـانيف الدوائية المخدرة سنأتي على ذكرها فيما بعد.

تعريف الادمان : (أو الـدواء المحدث للتعـود) : وفقاً لمـا عرفتـه منظمـة الصحة العالمية :

هـو حالـة نفسية، وأحيـانا جسميـة تنجم عن التفاعـل الذي يتم بـين العضوية الحية والدواء ويتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكيـة، وأخـرى تتضمن صفة الجـبر أو القهر Compulsion الـذاتي في تناول الـدواء تناولاً مستمراً أو متقطعاً وذلك إما من أجل الحصول عـلى تأثيـراته النفسيـة المـرغـوبـة، أو في بعض الأحيـان لتجنب الانـزعـاج النفسي أو العضـــوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب. وفي تعاطي المـادة المحدثـة للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل Tolerance (أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعـة مع الزمن) وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخـدرة التي يتعاطاها الفرد».

نلاحظ في هذا التعريف وجود تعلق فيزيولوجي (بدني) وتعلق نفسي في تعاطي المخدرات والكحـول. فالتعـود البدني يمكن فهمـه على أحسن وجـه بكـونه النتيجـة النهائيـة لمـا يمكن افتـراضـه للتبـدل البيـوكيميـائي العصبي

الحاصل في جسم المدمن. وهذا التبدل هو الذي يخلق حاجة العضوية الى المخدر كيما تحتفظ هذه العضوية بالتوازن الجديد الذي نجم عن هذا التبديل، في حين أن ايقاف تعاطي المخدر يخل بهذا التوازن. لذا نرى عند المدمن الاضطراب الفيزيولوجي عند اختلال هذا التوازن. وحاجته الى المادة المخدرة أو المسكرة لاعادة التوازن البيوكيميائي المختل. وغالباً ما تكون اعراض اختلال وظيفته العضوية شديدة (عند تعاطي الأفيون والمخدرات المسكنة) ومصحوبة بانزعاجات بدنية شديدة، ومصحوبة بأعراض عقلية. وهذا كله دليل على أعراض الامتناع أو توقف تعاطي المخدر فجأة ذات الأساس البيولوجي

أما التعلق السيكولوجي فلا يتضمن فقط المسرة الذاتية، أو النشوة أو اضعاف التوتر النفسي بفعل توترات خارجية، ولكن أيضاً الخوف من انتهاء مفعول المادة المخدرة في الجسم ومعاناة اعراض هذا الانتهاء أو التوقف عن أخذ المخدر، وما يسبب ذلك من التوتر النفسي الحاد والقلق والاكتئاب.

واذا كان المدمن في باديء الأمر قد ارتبط بالمخدر من أجل تبديل واقعه أو إضعاف تواتراته الناجمة عن عدم قدرته على التعامل مع مصاعب الحياة كما تبدو له، أو من أجل الحصول على النشوة الكاذبة العابرة الهروبية، فانه في نهاية المطاف يقع في شرك الادمان والخوف من تلاشي تأثيرات المخدر أو الكحول في بدنه وما يترتب عن ذلك ما نسميه باعراض توقف تعاطي المخدر أو الكحول (اعراض السحب) Withdraual symptoms والحاجة الى جرعة جديدة من المخدر أو المسكر.

٣ ـ تصانيف الأدوية المحدثة للتعود (المخدرات) منظمة الصحة العالمية:

تُصنف الأدوية المحدثة للتعود وذلك وفقاً لتأثيراتها الفارماكولوجية

(الصيدلانية) على الجملة العصبية المركزية، وعلى السلوك والعاطفة وعلى النفس. وعلى هذا نذكر التصنيف التالي المقرر من قبل منظمة الصحة العالمية.

نوع المادة المخدرة	نوع التأثير على الجملة العصبية المركزية	نوع التعود ومستوى التحمل		
		نفسي	بدني	مستوى التحمل
الكحول	مهدىء ومثبط Depressant	×	×	زيادة المقدار
المورفين، الهيروين، البثدين، الميثادون، مشتقات الأفيون.	مسكنة - مخدرة Narcotic - Analgesic Drugs	×	×	زيادة المقدار
الكوكايين، الامفيتامينات، ومشابهاتها.	منشطة للجملة العصبية Simu-lants	×	–	لا يحتاج إلى زيادة الجرعة في الكوكايين ولكن زيادة الجرعة متدرجة في الأمفيتامينات.
الدواء .L.S.D، المسكلين.	مهلوسة (أي محدثة للأهلاس) Hallucinog-nic	×	–	زيادة متدرجة في الجرعة.
الحشيش، (القنب الهندي)، ومشتقاته، مارجوانا، شاراس.	فرط نشاط نفسي، حركي، أفوريا، (أي النشوة العارمة).	نفسي شديد	–	لا يوجد أي لا يحتاج إلى زيادة الجرعة.
الأدوية المهدئة، المنومة من زمرة الباربيتيورات.	حالّة للقلق، ومهدئة ومنومة.	فيزيولوجي شديد		حسب مقدار الجرعة المتعود عليها المدمن.
الأدوية المنومة اللاابربيتورية	حالّة للقلق ومنومة.	×	–	زيادة مقدار الجرعة
الأدوية المهدئة الحالّة للقلق من زمرة البنزوديازبينات (الفاليوم وغيره).	حالّة للقلق ومهدئة	×	×	زيادة المقدار
التبغ	تنبيه للجملة العصبية الودية.	=	=	زيادة متدرجة في مقدار التبغ.

٤ ـ أنماط الصور السريرية ـ السيكاترية للتعود على المخدرات والمسكرات :

تُحدث المخدرات والكحول اضطرابات بدنية وعقلية وسلوكية، وانفعالية وذلك في حالة الانسمامات الحادة (أي تعاطي مقادير عالية من المسكر أو المخدر) والانسمامات المزمنة، وايضا في التوقف المفاجىء غير المتدرج عن تعاطي المادة المخدرة أو المسكرة.

وسنتكلم باختصار عن هذه الاضطرابات نظرا لأهمية هذه المعرفة في علاج وارشاد تعاطي المخدرات والمسكرات.

أ ـ الأعراض السريرية (الاكلينيكية) للانسمامات الحادة (البدنية):

١ ـ الافيونيات: جمود، بطء التنفس وعدم انتظامه، بطء القلب، انخفاض حرارة الجسم وضغط الدم، ضعف النبض ويحدث الموت إذا لم يسعف المريض.

٢ ـ الباربيتوريات: خمول، بطء الكلام، سرعة التهيج، العدوان، الافكار الزورية (أي الشكوك المرضية)، الميول الانتحارية، يحدث الموت نتيجة استرخاء القلب والدوران.

٣ ـ الكحول: يهزع المشية (أي الرنح Ataxia)، الرجفان، الدوار ثورات الغضب، الوهن، انخفاض درجة حرارة الجسم ودخول المريض باعراض السبات الكحولي، ضعف المنعكسات العصبية، انحباس البول، الموت اذا لم يسعف المريض.

٤ ـ الامفيتامينات: المقادير العالية تؤدي الى الاختلاجات، فرط ارتفاع الحرارة، ارتفاع الضغط الشرياني، والموت بسبب الصدمة الدورانية القلبية.

٥ ـ الكوكائين: الأعراض المماثلة للأمفيتامينات، الموت بسبب توقف مركز التنفس.

٦ ـ مركبات بنزوديازبينات (الفاليوم وغيره)، النوم المديد، نادراً ما يحدث الموت.

٧ ـ المنومات اللاباربيتورية: الموت بفعل توقف مركز التنفس.

٨ ـ الحشيش والمواد المهلوسة: رحلات هذيانية وهُلاسية حادة لكنها غير مميتة.

ب ـ الأعراض الذهانية (العقلية):

١ ـ في الانسمام الحاد أو عند التوقف الفجائي عن تعاطي المخدر:
الهلوسة ـ الهذيان، اضطرابات المزاج الشديدة والسلوك ـ اضطراب وظائف القدرات العليا (التفكير، المحاكمة، الذاكرة، الادراك الخ)

٢ ـ في الانسمام المزمن (التعاطي المديد للمخدر).

ـ الامفيتامينات والكوكائين: تشاهد الذهانات الزورية (أي الشكوك المرضية).

ـ في الانسمام الكحولي المزمن: الشكوك المرضية وهذيانات الحسد والغيرة (مثل اتهام الزوجة بالانحراف والضلال الجنسي ومحاولة جمع الادلة لادانتها). تنازركورساكوف (اضطراب شديد في الذاكرة القريبة حيث يحاول المدمن في هذه الحالة سد ثغرات ذاكرته الضعيفة باختلاق قصص ووقائع غير موجودة، ولم تحدث، وتكون من صنع تخيلاته وأوهامه بدون أن يكون لديه نية في التحريف والتزييف للوقائع. وهذه مشكلة كبيرة في القضاء على مستوى شهادة اثبات)، التوهان في الزمان والمكان، الخجل، فرط التهيج.

ـ الحشيش (القنب ـ القبنس الهندي ومشتقاته)، يسهل ظهور المرض العقلي عند ذوي الاستعداد. يحدث عدم استقرار نفسي شديد مصحوب بالقلق وردود فعل هلعية

٥ ـ النتائج الاجتماعية والاسرية والمهنية والسيكولوجية للادمان:

أ ـ على المستوى النفسي والاسري: يبدل الادمان تبديلاً جذرياً نفسية المدمن وطريقة تعامله الاسري واسلوب حياته، بحيث نرى حياته وقد تبلورت وتركزت كلياً على المخدر والحصول عليه، فبالاضافة الى التأثيرات السلبية التي رأيناها وذكرناها على قدراته العقلية وتفكيره وحياته النفسية، نجد أن الشعور بالكرامة الذاتية والاعتبار ينحط الى حد كبير، ويفقد المريض احترامه لذاته، فهو مستعد من أجل الحصول على المخدر أن يدفع بنفسه الى الدرك الاسفل في علاقاته مع مروجي تجارة المخدرات، ويبدد امواله على المخدر، تاركاً مسؤولياته الأسرية والتزاماته تجاه أفراد عائلته ليبعث فيها الفقر والحاجة والعوز. لذا فإن حياته الاسرية تصاب بشرخ خطير يبدو نرجسياً أنانياً لا يفكر الاّ بولعه الادماني الذي يطارده كالشبح. وغالباً ما تنتهي حياته الزوجية بالانهيار وتشتت افراد عائلته وانحرافها.

ب ـ على المستوى الاجتماعي: ينخرط المدمن في الرهوط المدمنة التي هي على شاكلته، فيتبنى اعرافها وتقاليدها الخاصة فيرى فيها الدعم المتبادل ويجد ذاته فيها فقط. فالمحيط أضحى غريبا بالنسبة اليه لأن الرفض الاجتماعي لسلوكه يدفعه الى الابتعاد عن مجتمعه الاصلي لينتسب الى الرهط المدمن.

يحترف الجريمة، ويسلك مسلك الخارج على القانون، أما بفعل

تأثير المادة المخدرة السمي على قدراته العقلية، أو للحصـول على المـال لابتياع المخدر.

ينخرط في عصابات الاجرام وتهـريب المخدرات ويتعـاطى اسباب الـرذيلة لأن الادمان بـذاته يجـر عليه هـذه الويـلات التي لا تزيـده الا الامعان في تعاطي المخدر والتعلق به نتيجة الشعور بالتهديـد والقلق. والحصول على المال بأي وسيلة كانت.

جـ ـ على مستوى الصحة النفسية والجسدية. بفعـل سوء حـالته الصحيـة الغذائية وانخفاض مناعته ضد الامـراض وانغماسـه في الرذيلة، فهـو عـرضة لجميـع انواع الخمـاجات، لا سيـما نتيجة استعمـاله المحـاقن المتجرثمة الملوثـة من دماء غيـره من المدمنـين. ويعد المـدمن في لائحة الافراد المعرضـين للاصـابة بفيـروس مرض الايـدز. ورأينا في تـأثير المخدر السمي المزمن كيف أن المادة المخدرة تحدث اضطرابـات نفسية أو عقلية.

٦ ـ أسباب الإدمان :

مشكلة الادمان مشكلة معقدة نظراً لتداخـل عوامـل كثيرة ومعقـدة في حدوث الادمان لتخلق في نهاية المطاف النزوع الملحاح الـذي لا يقاوم نحـو تعاطي المخدر أو المسكر. ففي الادمان عوامل أرثية تركيبيـة، واجتماعيـة، واقتصادية، وأسرية تربوية ونفسية وثقـافية حضـارية. وحتى الآن لم يتمكن العلماء من عزل عامل واحد فيه الوزن الكبير في تسبيب الادمان. فالعوامـل التي ذكرناها تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتشكل السلوك الادماني.

وأنـه لمن الخطأ أن نتعصب للنـظريات الاجتمـاعيـة أو القـانـونيـة، أو التربوية، أو النفسية أو الـوراثية التـركيبية فنعـزي الادمان الى أحـدى هذه

النظريات ونغفل العوامل الأخرى. فالتعصب والتحزب من شأنهما إضعاف الاستراتيجيات العلاجية لأنها في هذه الحالة تكون ناقصة تنصب على العامل الذي تراه هو السبب. وهذا ما نجده صراحة في العلاج النفسي التحليلي الذي فشل في تحرير المدمن من سلوكه الادماني لأن هذا العلاج انصب على ازالة الاضطراب النفسي التحتي الذي هو بنظر أصحاب هذه المدرسة العلاجية المسبب للادمان. أي بكلمة اخرى ترى النظرية التحليلية أن الصراعات النفسية هي سبب الادمان. وبازالة هذه الصراعات يتحرر المريض من إدمانه. والنتيجة التي تمخضت عن هذا الافتراض أن معظم من تحرروا من صراعاتهم النفسية بالعلاج النفسي التحليلي ظلوا مدمنين (Vaillant 1988) فالاستراتيجية العلاجية الحقة هي المتكاملة التي تأخذ بعين الاعتبار جميع العوامل الفاعلة في العلاج.

من الوجهة الطبية السلوكية يعد الادمان اضطراباً ملتصقاً بالصحة النفسية والبدنية والسلوكية فالادمان هو مرض من الوجهة الطبية والنفسية شأن مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم (Vaillant 1988) فمريض السكري لا يكفي فقط أن يأخذ الدواء المضاد للسكري ولكن عليه أيضا أن يبدل أسلوب حياته الذي يرفع من توتراته النفسية ويزيدها وبالتالي تزداد حاجة المريض الى كميات وجرعات دوائية مضادة للسكري. وقُل الشيء نفسه بالنسبة لعلاج ارتفاع ضغط الدم.

وجد العلامة «فيلانت» خلال متابعته التي دامت ٤٠ سنة لفئات مدمنة على الكحول أو المخدرات من أجل الكشف عن الترابط الكائن بين المؤثرات والمشكلات البيئية الخارجية بتعزيز الادمان على الكحول والمخدرات، وجد أنه كلما تزايدت المشكلات الأسرية والصحية والمهنية

والاقتصادية والاجتماعية عند المدمن بفعل تعاطيه المسكر أو المخدر وتزايدت معها حاجته الى المسكر أو المخدر ترسخت، وهنا يدور في الحلقة المعيبة، وهي كلما تزايدت حالته العامة سوءاً من كل الجوانب الصحية والاجتماعية، تزايد ارتباطه بالمخدر أو المسكر

وثمة أمر هام دلت عليه الدراسات المستفيضة (Vaillant 1988) التي أجراها «فيلانت» وغيره أنه لا توجد سمات شخصية معينة تصاب بالادمان دون غيرها. أي بتعبير آخر لا توجد خصائص شخصية عند الافراد المدمنين قبل الاصابة بالادمان. كما لا توجد فروق قبل الادمان بين الذي أدمن والفرد السوي. وهذا كله يؤيد النظرية القائلة المقبولة اليوم في الأوساط العلمية أن اعتلال الصحة النفسية ليس هو سبب الأدمان وعلته، ولكن الادمان على المخدر أو المسكر هو الذي يولد اعتلال الصحة النفسية والبدنية والمشكلات الاجتماعية الاسرية والمهنية والقضائية الجرمية.

وبالطبع في الادمان نجد في بعض الاحيان العامل الارثي التركيبي وبخاصة في الكحول، حيث هناك مورثات واستعداد للادمان عند ابناء الاب المدمن السكير وأن الارشاد العلاجي للحدث أو المراهق في هذه الحالة يحتاج الى جهد أكبر مما لو كان تعاطي المخدر سببه مشكلات ومؤثرات بيئية. فالنزوع نحو تعاطي المخدر عند ذوي الاستعداد التركيبي الارثي قد يستمر طول الحياة. وعلى هذا الفرد أن يظل متصدياً لهذا النزوع لاجماً له، دوماً وأبداً مستعيناً بالاستراتيجيات الارشادية العلاجية التي تعلمها، مطبقاً التوصيات المضعفة لهذا النزوع. وهذا ما يجعلنا في بعض المواقف ننظر الى مسألة الادمان المعقدة وبالهدف العلاجي على أساس ليس الشفاء التام من الادمان ولكن السيطرة على النزوع والكف المستمرين. وهذه ناحية ننبه اليها منذ الآن عند علاج الحالات ذات الطابع الارثي التركيبي.

ويصطدم الاختصاصي الاجتماعي أو السيكولوجي العامل في مؤسسات اصلاحيات الأحداث والمراهقين بأنواع من الشخصيات التي نسميها الشخصيات معتلة السلوك الاجتماعي، أو بالمصطلح الدارج العلمي «السيكوباتية».

وغالباً ما تتواكب السيكوباتية أو السلوك السيكوباتي بالادمان على المخدرات والمسكرات، وبالانغماس بالرذيلة بكل أبعادها، وبالسلوك المضاد للقانون والمجتمع. وحتى الآن وقفت جميع المدارس العلاجية والنفسية والعلاج السيكاتري الدوائي موقف العاجز عن تقديم أي عون علاجي أو ارشادي فعال للسيكوباتي المدمن لأن هذا الاضطراب أولاً فيه تركيب إرثي، وثانياً أنه عميق الجذور يأخذ السيكوباتي من نهج حياته مبدأ تعامل قائم على النرجسية، لذا فلا يشعر بالقلق أو الرغبة في تبديل أسلوب حياته، وغالباً لا يتطلب العلاج الجذري. ومع هذه النظرة المتشائمة لانذار السكيوباتية السيء (ويقصد بالانذار هنا من الوجهة العلاجية النفسية الطبية سير المرض واحتمالات الشفاء) فإن العلاج السلوكي يعطي بعض الأمل لتحسين هذا السلوك من خلال تعلم سلوكيات جديدة أكثر تكيفاً شريطة أن تتوفر الرغبة عند السيكوباتي بتبديل سلوكه لذا فإن العلاج السلوكي يطرح أملاً جديداً بالنسبة للاختصاصي الاجتماعي في امكانية تقديم العون حتى للسيكوباتي المدمن الحَدث أو المراهق ضمن الحدود التي ذكرناها.

الفصـــل الرابع

الإدمان من وجهة نظر النظرية العقلانية ـ الانفعالية

١ ـ العموميات والمبادىء الأساسية :

الذي لا جدال فيـه أن أفضل الـطرق لعلاج وارشـاد الفرد أو الحـدث الـذي يتعاطى المخـدر أو المسكر هي المـداخلة الارشاديـة العلاجيـة المبكرة (Ellis 1988) وهـذا أمـر يجب أن يضعـه المـرشـد الاجتمـاعي نصب عينيـه دوماً .

يجب أن يتنـاول الارشاد العـلاجي المـادة المخـدرة أو المسكـرة بجعـل الحـدث أو المراهق يتـوقف عن تعـاطي المخـدر. وهـذا هـو الهـدف الأول المستعجـل والمباشر في الارشـاد العلاجي . أمـا الاختـلاطـات النـاجمـة عن تعاطي المخدرات الاجتمـاعية والمهنيـة والصحية (إن وجـدت) فتعالـج مع الجهات المختصة سواء داخل المؤسسة الاصلاحية أو بالتعـاون مع الجهـات الحكومية الاخرى فيما بعـد، وبعد أن تتم السيـطرة على تعـاطي المخدر من جـانب الحدث أو المـراهق. والسبب في هذه الأوليـة أن المخـدر هـو الـذي يسبب تلك الاختلاطات، فايقاف السبب أولا معناه ايقاف تـدهور النتـائج التي تترتب عن الاستمرار في تعاطي المخدر.

يتسم تفكـير الفرد الـذي تعاطي المخـدر أو المسكر بمـا يسمى بـالفكـر المنقسم على ذاته الثنائي (Dichotomus)، أي أن متعاطي المخدر ـ يعتقد إما أنه مدمن فيستمر في تعاطي المخدر أو المسكر وإما أنه غير مدمن فيتوقف نهائياً عن

ذلك، فلا يوجد حد وسط بين الاثنين، ويسمى هذا التفكير all-or-nothing thinking فإن صرف وامتنع وكف عن تعاطي المخدر ومن ثم نكس وارتد فيؤمن أن ليس باستطاعته العودة ثانية الى الكف لأنه خرق هذا الامتناع، وبالتالي يفقد الثقة بنفسه بامكانية السيطرة على ذاته.

ترى النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن مثل هذا التفكير المتسم بالتطرف (إما الامتناع أو الانغماس في تعاطي المخدر) الذي نجده عادة عند متعاطي المادة المخدرة أو المسكرة هو جوهر الاضطرابات النفسية عند المدمن وغيره (Ellis 1962) لذا تنزع هذه النظرية الى تبديل معتقد متعاطي المخدر لجعله يأخذ بالمفهوم المرن الذي يتخلى بموجبه عن هذا المعتقد الجامد المتطرف الذي يذهب به الى حدين متطرفين.

في الادمان على المخدر أو الكحول عامل التعلم الاجتماعي. ونقصد بذلك أن بعض المجتمعات يكون فيها تعاطي الكحول مثلاً أمراً ثقافياً وعرفاً اجتماعياً سائداً. فالبلدان الانكلوساكسونية مثلا يشيع في مجتمعاتها شيوعاً واسعاً تعاطي ضروب الكحول المختلفة. وهذا ما يجعل تناول الكحول عند الافراد أمراً مقبولا بل ويشجع عليه أحياناً وفي الرهوط المدمنة على المخدرات أيضاً عامل التعلم على تعاطي المخدر والتشجيع عليه. فكثيراً ما يكون من أسباب تعاطي المخدرات عند المراهقين والأحداث هي معاشرتهم للمدمنين والتعلم منهم عادة الادمان، لذا فإن من واجب الاختصاصي الاجتماعي أن يعزل الحدث أو المراهق عزلاً تاماً عن الرهوط أو الفئات المدمنة التي هي السبب لأن يتعاطى الضحية الحدث أو المراهق المخدر.

علينا أن نعرف أن المدمنين على المخدرات أو الكحول يجب الا ننظر

اليهم على أنهم ضحايا مرض خفي لا يمكن اسعافهم أو تقديم العون لهم أو أن فيهم خلل سمات الطبع الاخلاقية ويرى فيلانت (١٩٨٣م) أن الطريقة لفهم الكحولية أو الادمان على المخدرات ودراستهما هي في استخدام الصحة النفسية السلوكية المتعددة العوامل أو الاخذ بالانموذج الاضطرابي السلوكي.

من خلال معاينة السير المرضي للادمان على الكحول أو المخدرات نجد أنه ملتصق باضطراب الصحة السلوكي، وعند البعض الآخر يعد مرضاً، حيث يبذل المريض بعض الجهد القليل للسيطرة على النزوع نحو تعاطي المخدر أو المسكر ولكن بدون الاهتمام بالعلاج أو تبديل اسلوب الحياة تبديلاً جوهرياً. وبما أن الادمان هو مرض مثله كمثل ارتفاع الضغط الشرياني أو الآفة القلبية الوعائية، فهو يحتاج الى تبديل اسلوب الحياة، وخلق عادات صحية من التفكير، والمشاعر والسلوك. وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده، وهذا ما يجب أن يعرفه السيكاتري، والسيكولوجي، والاختصاصي الاجتماعي.

إن علاج الادمان يفرض مداخلة علاجية فعالة وارشادية تستهدف تبديل عادات الحياة اضافة الى معالجة طبية نوعية.

إن تعليم السيطرة على الشرب أو تعاطي المخدر يعطي نتائج علاجية فعالة (Miller 1985).

ويرى كل من «كاري وميستو» (١٩٨٥م) أن استخدام استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحولية والمخدرات لها فعالياتها وبخاصة إذا كانت مبكرة.

يـرى «فلانت ورفـاقه» (١٩٨٥م) أن التقنيـات الارشادية العـلاجيـة الرامية الى السيطرة على شرب الكحول أو تعاطي المخدر تكـون مفيدة عنـد الافراد الذين :

أ - غير مرتبطين بالكحول أو المخدر ارتباطاً فيزيولوجياً كبيراً.

ب - يتسمون بالمرونة على مستوى المواقف، يبذلـون جهدهم للسيـطرة على أنفسهم في حجم الكحول أو المخدر الذي يتناولونه

دلت دراسـات العلاّمـة السيكولـوجي «بانـدورا» (١٩٨٢م) أن سـوء استخدام الكحول والافراط في شربـه وأيضاً المخـدر يقود بـالطبـع الى تعود فيزيولوجي وسيكولوجي، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتأتى من خـلال التعزير المبـاشر لاضعاف الكحـول أو المخدر والتـوتر النفسي الـذي يعانيـه المـدمن، ولكن نتيجة معتقـداته وتـوقعاتـه بما يفعله الكحـول أو المخـدر في نفسيتـه واضافـة الى تفكيره الخـاطىء حيال المـادة المخدرة. وكـما رأينا فـإن العلاج المعرفي يتركز أساساً في تبـديل التـوقعات والفكـر الخاطىء حيـال ما يفعله المخـدر أو المسكر في نفسيـة الذي يتعـاطاه. فـالمعتقد أن المخـدر أو الكحول يضعفان التوتر النفسي ويزيدان التعامل والتكيف الاجتمـاعي، أو يمنعان الانزعـاج النفسي. هذه المعتقـدات هي التي تسهم اسهامـاً كبيراً في اقبال الافراد، ومن بينهم الاحداث والمراهقين على التهـالك عـلى المسكر أو المخدر وتخليد التفكير الادماني.

إن الأفراد الذين يعانون من مشكـلات الادمان عـلى المخدر أو المسكـر كثيراً ما نجد لديهم :

أ - قصة تعلم نوعية يترتب عنها الركون الى المادة المخدرة أو التعود النفسي كوسيلة لاضعاف التوتر النفسي والحصول على النشوة المطلوبة السارة.

ب ـ الامعان في تناول المخدر أو الكحول امعاناً مزمناً رغم الاختلاطات السيئة المترقبة البدنية الناجمة عن هذا التعاطي.

جـ ـ سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بتعاطي المادة المخدرة أو المسكرة مع ذواتهم ومع الغير، الأمر الذي يتمخض عن ذلك تعزيز النزوع نحو الاستمرار في تعاطي المادة المخدرة.

د ـ وأخيراً إن المشكلات الصحية، والاجتماعية، والمهنية. والسيكولوجية والأسرية هي نتيجة الادمان وليست سببه كما سبق أن ذكرنا.

إن الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي بالنسبة للمدمنين هي استجابة فردية فبعضهم يتجاوب مع العلاج وتتحسن حالاتهم، والبعض الآخر يكون النكس نصيبهم. وأهم ما يجب أن يعرفه المرشد الاجتماعي أو النفسي أن يتحلى بالصبر فيرفع من عتبة تحمله، وينظر الى علاج الادمان من زاوية العون والمساعدة وليس من زاوية الشفاء الكامل.

وهنا نلخّص للمرشد الاجتماعي السيكولوجي أهم ما ورد في الفصول السابقة.

أ ـ الادمان على المخدرات والمسكرات هو مشكلة متعددة العوامل ومتداخلة ومعقدة. ويوجد ما يبرهن على أن العوامل الارثية، والاسرية. والثقافية (الحضارية) تتفاعل مع قصة تعلم الفرد لشرب الكحول أو تعاطي المخدر.

ويترتب عن الادمان حدوث تعود فيزيولوجي وسيكولوجي في معظم الاحيان. وينظر الى الكحولية أو الى تعاطي المخدر نظرة مرض أو اضطراب يرتبط بالصحة السلوكية. وتكون النتائج وخيمة العواقب إذا لم يتم علاج هذا الادمان.

ب ـ ورغم أن بعض المداخلات الارشادية العلاجية قد يصادفها النجاح في علاج حالات معينة (وهذا الأمر يتوقف على العديد من العوامل: أي سمات المريض وشخصيته، حدة المشكلة، السن، درجة التعود على الكحول، محاولات المريض السابقة للكف عن تناول المخدر أو الكحول، والاخفاقات التي عاناها في هذه المحاولات، نوعية المحيط الاجتماعي الداعم الذي يعيش فيه وما الى ذلك. .) فإن قرار المريض بالاقلاع عن تناول الكحول أو المخدر، ورغبته الجادة في تبديل سلوكه الادماني، اضافة الى الالحاح على السيطرة على نزوعه الادماني، والمتابعة العلاجية المستمرة، هذه الامور هي المطلب الضروري، والشرط الاساسي لايقاف هذا الاضطراب، والتوجيه نحو التحسن أو الشفاء في نهاية المطاف.

جـ ـ أبانت الدراسات المختلفة التي تمت على مرضى عولجوا في المشافي وفي العيادات الخارجية أن هناك نسبة قوامها مريضان من أصل ثلاثة مرضى أصابهما التحسن بفعل العلاج الذي تلقياه خلال فترة قصيرة. وهذه الفعالية العلاجية تتقوى وتتعزز مع مرور الوقت والمثابرة. ورغم عدم وجود شفاء مؤكد من الكحولية أو الادمان، ولا أحد يضمن ذلك، وبخاصة اذا كان الاضطراب حاداً ومرسخاً إلا أن عدم اللجوء الى المعالجة يترتب عنه ترقي الاضطراب، وتزايده سوءاً في الانذار. Prognosis لذا فإن معالجة الكحولية والادمان على المخدرات تبدو ضرورية في مختلف صورها وأنماطها.

د ـ إن أفضل علاج لتحسين الصورة الاكلينيكية (السريرية) للادمان هو في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان العديد من العوامل فالعلاج النفسي الذي يتناول ازالة الاضطراب النفسي التحتمي

المفترض من خلال الاستبصار النفسي الديناميكي (أي الفرويدي) هذا النوع من العلاج ثبت فشله وعدم جدواه في الكحولية والادمان على المخدرات. أما العلاج النفسي الرامي الى مساعدة الفرد المدمن مساعدة نوعية في التعرف على مشكلته بكونه مدمناً، وقبول وجود هذه المشكلة، ومن ثم عقد النية الصادقة والعزم المكين على تبديل تفكيره، ومشاعره، وسلوكه التي هي سبب ادمانه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمريض هو الذي يسهل عملية الشفاء والتخلص من الادمان.

هـ - إن العلاج الانفعالي - العقلاني (الفكري) الذي يعطي أنموذجاً وتفسيراً للاضطراب الذي يعتري الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم بأنفسهم من خلال ايقاف شرب الخمر، أو المخدر، والابقاء على الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يسهم اسهاماً فعالاً في تطوير عملية الشفاء من الادمان. ودفعها قدماً الى الأمام.

وهكذا يمكننا القول إن الفرد الذي صمم على تبديل موقفه من تعاطي المخدر وثابر بجد وانتظام على التصدي لافكاره الانهزامية التي تجره الى تعاطي المخدر وتزينها له كأفضل متعة ومسرة وهروب من متاعب الحياة، وبدَّل هذه الافكار بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل كفه عن تعاطي المسكر أو المخدر، وكابر بقوة على تحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه هذا الكف، مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاطئة التي تثيرها وتؤججها الميول الادمانية والأنا الضعيفة، نقول إن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص والانعتاق من الادمان.

٢ ـ الانموذج الادماني من وجهة نظر النظرية العقلانية ـ الانفعالية :

أ ـ مبادىء ومعلومات عامة :

إن الغرض من طرح الأنموذج الادماني هو القاء ضوء على جميع جوانبه بهدف مساعدة المرشد الاجتماعي والسيكولوجي في المؤسسات الاصلاحية للاحداث على تطبيق الاستراتيجيات الارشادية العلاجية التي يتبناها هذا البرنامج، وإحكام فعالياتها.

سيتركز الشرح على العَرَض الادماني وآلية الادمان، وطرق تبديل السلوك الادماني واعراضه. وليعلم المرشد الاجتماعي أن العوامل السيكولوجية، والسلوكية، والفكرية (المعرفية)، والعاطفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الادمان سواء أكانت المادة غولية أم دواء مخدراً محدثاً للتعود.

وهذا ما أكدته الدراسات والمعاينات الحديثة (Brownell, Wilson 1986) والمؤيدة من قبل المؤسسة الوطنية الامريكية لسوء استخدام الادوية «Levi-son 1983» —

سبق أن ذكرنا أكثر من مرة أن النظريات المطروحة حاليا في حلبة العلم والأبحاث الرامية الى اماطة اللثام عن مسببات الإدمان ليست كافية ولا مستكملة بما تمكن المعالج أو المرشد من وضع خططه الارشادية العلاجية على أسس فعالة ومضمونة النتائج. فنظريات الأسباب يمكن أن تؤخذ كذرائع وليس كأمر يترتب عن تبديل حادثة أو نتيجة ذلك، لأن العوامل المسببة المفترضة هي على درجة كبيرة من العمق والتعقيد، ومتشعبة وبيولوجية (Schukit 1981) لذا فالعاملون في ميدان الصحة النفسية والذين

يتعاملون مع المدمنين، قد يجدون في معطيات النظريات السببية للإدمان بعض الأمل والعون في جهودهم الارشادية العلاجية بما تقدم الأمل الملموس.

تلح النظرية العقلانية والانفعالية التي نتبناها في هذا البرنامج الارشادي على أن السلوك برمته تحدده عوامل متعددة. لذا فان المرضى الذين في مكوناتهم الاستعداد الارثي المسبق البيولوجي والقوي للوقوع في براثن الادمان على المخدرات أو المسكرات. يتعين عليهم الاستعانة بقواهم النفسية الكامنة في نفوسهم للسيطرة على النزوع البيولوجي الارثي للمشكلة، وهذه ناحية هامة تفتح الامل أمام المرشد الاجتماعي بأن يحث ويحفز الحدث الذي يتعاطى المخدر أو المسكر، حتى لو كان في تركيبه الاستعداد الارثي للادمان، على تفجير قواه السيكولوجية الكامنة للسيطرة على تركيبه

إن هذا التفجير معناه أن يواجه المدمن الانتكاسات مراراً وتكراراً بروح القدرة على اعادة السيطرة على نزوعه وسلوكه الادماني. وعلى المرشد الاجتماعي المعالج أن يرفع دوماً من عتبة تحمله لهذه الانتكاسات بمزيد من الجلسات العلاجية الداعمة للكف والامتناع، وأن نعلِّم المرضى الأحداث من ذوي الاستعداد الارثي للإدمان ألّا يتوقعوا الشفاء التام والتخلص نهائياً من هذا النزوع الملح نحو المخدر أو المسكر، بل أن يغالبوا النزوع طوال حياتهم ليجعلوه في ادنى حد من النشاط والدفع وذلك وفق ما يتعلمونه من وسائل سلوكية معرفية وارشاد علاجي ووقائي.

خلافاً للأسس التحليلية الفرويدية التي يقوم علاجها برمته على دراسة العوامل الراضة في الطفولة الباكرة نظرا لدورها الكبير في الاضطراب

والمرض النفسي والادمان، لا تعير النظريـة العقلانيـة الانفعاليـة أي إهتمام ولا تعـطي وزناً للطفـولة البـاكرة وتـأثيراتهـا عـلى السلوك الادمـاني الحـالي القـائم، بـل تقيم الـوزن لتخليص متعـاطي المخـدر أو المسكـر من محنتـه الحـالية، وتقـوية سيـطرته الـذاتية عـلى سلوكه الادمـاني، وتبديـل أفكـاره وسلوكه، ومعتقده وعـواطفه ازاء المخـدر أو المسكر، وتعليمـه طرق تبـديل هذا السلوك. المهم أن نعلِّم الحدث أو المـراهق الذي يتعـاطى المخدر كيف يسيطر على تفكيره الادماني والابقاء مفطوماً عن المخدر

ليعلم المرشد الاجتمـاعي أن الحدث أو المـراهق الذي يتلقى الارشـاد العلاجي ضد الادمان يتميز بضعف في السيطرة على الـذات في كل ميـادين حياته وتعاملاته الاجتماعية. فهذا الضعف ليس فقط في مسألة ضبط نزوع تعاطي المخدر. فتفكيره يتميز بالتفكير الانهزامي أمام أية مشكلات حياتية تبرز له. وأن آليات تعامله مع مصاعب الحياة وتوتراتها تتسم بطابع الهروب حيث يتخذ من المخدر أداة تعامل مع هذه المصاعب. للتخلص من مواجهة مسئولياته الحياتية، وأن الهدف الأول من الاستراتيجيـة العلاجيـة التي نحن هنا نتبناها وهي النظرية العقلانية الانفعاليـة هو تبـديل المعتقـدات الخاطئـة التي يحملها المدمن أو متعـاطي المخدر الحـدث ـ المراهق ازاء مـا تفعله المادة المخدرة في نفسيته والتي تجعله مرتبطا بهـا وفقاً لمعتقـداته الخـاطئة تجـاهها في حل مشكلاته ومتاعبه. وبعد أن يتم تصحيح هذه المعتقـدات الخاطئـة ازاء المادة المخدرة، يلتفت المرشد الى المشكلات السلوكية الاخـرى التي يعانيهـا الحدث والتي تحرض النزوع نحو الادمان، وتنشط معتقداته الخاطئـة. أي معـالجـة المـوتّـرات الخـارجيـة أو الـداخليـة ـ المحيـطة أو الاسـريـة أو الدراسية ـ التي تثير في نفسيته القلق والانزعاج.

أي أن العلاج يتركز في تسلسله على التالي :

١ ـ علاج الادمان ذاته بفطمه عن المخدر وتخليصه منه .

٢ ـ معالجة المشكلات الشخصية التي ترتبت عن تعاطي المخدر

٣ ـ إزالة المحرضات الموترة البيئية وتدريبه على طرق مواجهتها والتعامل معها تعاملاً تكيفياً لابقائه في حالة سيطرة مستمرة على نزوعه الادماني .

٤ ـ المتابعة العلاجية لمدة اكثر من سنة للتأكد من فعالية التعليم الذاتي الذي تلقاه خلال عملية الارشاد العلاجي في السيطرة على سلوكه الادماني وبقائه متحرراً من المخدرات أو المسكرات .

ب ـ آلية الادمان (تعاطي المخدرات أو المسكرات) المعرفية ـ السلوكية :

دور التحمل المنخفض للاحباط في استمرار تعاطي المخدر :

كما سبق أن شرحنا (أنظر الفصل الثاني) أن علة الاضطراب الانفعالي وفق النظرية العقلانية تكمن في المعتقد الخاطىء الذي يفسر به الفرد الأحداث الخارجية والداخلية النفسية (B) وهذه المعتقدات الخاطئة تولد عند متعاطي المخدر تحملاً ضعيفاً للاحباط Law Frustration Tolerance أي أن الحدث أو المراهق (أو الراشد المدمن) عندما تنفذ لديه المادة المخدرة أو المسكرة، أو ينتهي تأثيرها في البدن أو يمتنع عن تعاطي المادة لسبب من الأسباب يعد في هذه الحالة في حالة إحباط، نظراً لعدم حصوله على المادة المخدرة التي تعيد له توازنه النفسي ـ البيولوجي ـ شأنه في ذلك شأن الجائع ولكن لا يتوفر لديه القوت لاشباع حاجته البيولوجية وهي الطعام فيحدث لديه الاحباط .

وهذا الاحباط يحرض عنده المعتقدات الخاطئة التي تضعف كثيراً من

تحمله للاحباط لتولد عنـده ما نسميـه بقلق الانزعـاج discormfort anxiety ولنفهم المعتقدات الخاطئـة حيال المخـدر التي تنشط عند الحـدث أو المراهق (أو الكاهل) بفعل عدم حصوله عـلى المخدر (أي انتفـاء الاشباع وحـدوث الاحباط).

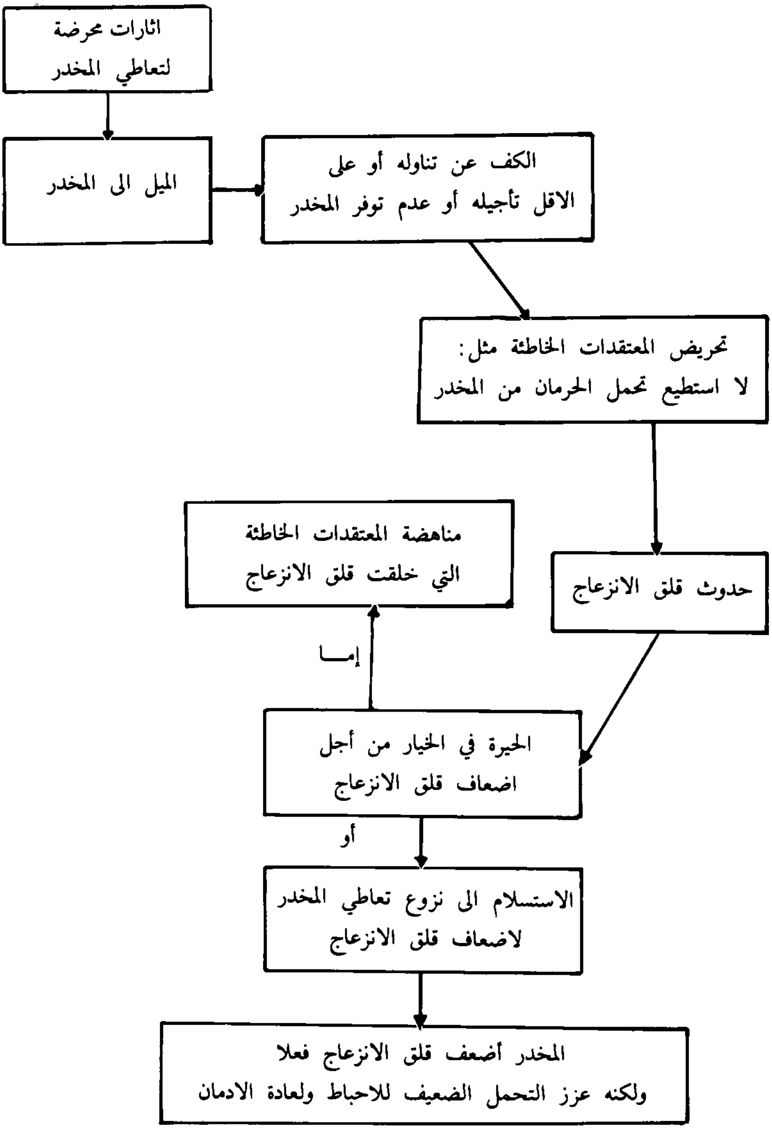
نذكر بعض الأحـاديث مع الـذات السلبية التي نـراها عنـد الحدث أو المراهق المدمن والتي تعكس معتقداته الخاطئة حيال المادة المخدرة:

- أنا غير قادر على تحمل عدم تعاطي المادة المخدرة.
- يتعذر عليَّ ممارسة عملي والتكيف معه بدون مخدر.
- لا أمتلك الارادة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر.
- يصعب عليَّ تحمل حرمان الرغبة من الشر أو تناول المخدر.
- تبدو الحياة صعبة جداً عليَّ اذا لم أتناول المخدر عزائي وسلواي.
- للتغلب على متاعبي لابدّ من أن أتناول المخدر.
- أضيّـع على نفسي المســرات اذا كنت في جـو أنس ومتعـة ولا أتنـاول المخدر أو المسكر.
- لا يضعف توتري ومعاناتي النفسية سوى المخدر.

إن مثل هذه الأفكار السلبية الخاطئة التي يعتقـد فيها الحـدث المنحرف تخفض من تحمله للاحباط الناجم عن عدم توفر أو تعـاطي المخدر أو الكف عنه، وبالتالي يحدث عنده ـ كما رأينا ـ قلق الانزعاج (وفقا للشكل رقم ١).

الشكل رقم (١)

آلية الكف والتحمل المخفض للاحباط



عند الحدث المنحـرف متعاطي المخـدر خياران لا ثـالث لهما لاضعـاف توتر قلق الانزعاج :

الخيـار الأول : يكون بـالتصدي للمعتقـدات الخـاطئـة (التي ذكـرنـا نموذجاً عنها) والتي أثارت قلق الانزعاج (انظر الفصل الثاني A B C من أجل تبديل الموقف الانفعالي).

والخيار الثاني : هو الاستسلام (الشكل رقم ١) لنزوع تعـاطي المخدر لاضعاف القلق حيث يتضاءل القلق فعلا ولكن يتعزز عنـد الحدث المـدمن ضعف التحمل للاحباط وأيضاً عادة تناول المخدر أو المسكر

إن هذه الآلية التي شـرحنا خـطواتها في الشكـل (رقم١) هي واحدة في جميع حالات الادمان بصرف النظر عن نوع المادة المخدرة أو المسكـرة. وأن المداخلة الارشاديـة العلاجيـة تقوم عـلى مساعـدة الحدث أو المـراهق الذي يتعاطى المخدر على التغلب على معتقداته الخاطئة (التي ذكرنا نموذجاً عنها)، واستبدالها بـأخرى ايجـابية تـرفع عتبـة تحمله للاحبـاط الناجم عن الكف، وبالتالي اضعـاف قلق الانزعـاج. هذا هـو جوهـر الارشاد العـلاجي الذي يتضمنه هذا البرنامج ولحمته ولبه.

إن السبب الـذي عادة مـا يختاره متعـاطي المادة المخـدرة في اللجوء الى تناول المخدر أو المسكر لاضعاف قلق الانـزعاج النـاجم عن الكف، هو أن هـذا الاسلوب هو أسهـل وأسـرع من أن يختـار أسلوب منـاهضـة الأفكـار الخـاطئة وتبـديل معتقـده للتغلب على قلقـه والبقـاء ممتنعـاً عن المخـدر. فالاسلوب الاخير يحتاج الى تصميم وارادة ومعانـاة وصبر لـذا فهو الاسلوب الاصعب بالنسبة اليه.

إن الاستراتيجية الارشادية العلاجية السلوكية تفرض عليه كيما يتغلب على معتقداته الخاطئة إزاء المخدر أو الكحول، واستبدالها بأخرى ايجابية التي تبقيه في حالة كف وفطام عن المخدر كفاً مستمراً أن ينفذ بارشاد المعالج التالي:

أ - اعتناق فلسفة المناهضة لمعتقداته الخاطئة التي تغويه بتعاطي المخدر، أي الأفكار الإنهزامية المضعفة للأنا Self-defeating Thoughts

ب - تشتيت أفكاره فلا يركزها على موضوع ادمانه، أي بتعبير آخر إيجاد بدائل حياتية سارة تجعله مع الوقت يجد فيها المسرة البديلة عن مسرة ونشوة المخدر أو المسكر

جـ - تقوية السيطرة الذاتية على نزوعه الادماني ومقاومته.

د - عدم الاستجابة الى المنبهات المثيرة لنزوع الادمان Cues ومقاومتها.

وبالطبع فهذه الاستراتيجية الارشادية العلاجية هي محور عمل المرشد الاجتماعي بتفاعله مع الحدث أو المراهق المنحرف. وهذه الاستراتيجية تحتاج الى وقت وتمارين وتدريبيات (كما سنرى في الفصول المقبلة) من أجل أن يصل المرشد بالتعاون مع المراهق المتعالج الى تبديل أفكاره الادمانية. وإلى أن تثمر هذه الاستراتيجية وتعطي أُكلها وثمارها، ويحدث التحول السلوكي المطلوب. يتعين على المتعالج أن يتحمل قلق الانزعاج الناجم عن كف النزوع الادماني والسيطرة عليه.

ثم على المرشد الاجتماعي ألاّ ينسى أبداً أن الأفراد الذين يتصفون بعتبة تحمل ضعيفة للاحباط في حياتهم، ووقعوا في براثن تعاطي المخدرات يجدون عادة مشقة كبيرة في تحمل الانزعاج، أي قلق الانزعاج، وبالتالي فإن أخذهم مأخذ الجد للارشاد الموصوف لهم يكون ضعيفاً ويكون

إرشـادهم العلاجي صعبـاً ويحتاج الى جهـد كبير وحفـز مستمر من جـانب المعالج كيما يقبلوا الارشاد الـذي يقع عـلى عاتقهم الجهـد الأكبر في تخليص أنفسهم من الإدمان.

جـ ـ المشكلات التي تعترض التعـرف على ضعف عتبـة التحمل للكف عن تعاطي المخدر :

كيما يضع المرشد الاجتماعي أو السيكولـوجي يده عـلى الأحاديث مـع الـذات النـوعيـة التي تؤدي بـالمـدمن الى ضعف تحمله للكف عن تنـاول المخـدر، وبالتـالي تبديـل هذه الأحـاديث مع الـذات (أي الأفكار السلبيـة والمعتقدات الخاطئة التي رأينا عينة منها) لابدَّ له من التعرف على نوعية هـذه الاحاديث مع الذات وتحديدها بـدقة، أي بتعبـير آخر بمـاذا يكلّم المتعالـج المدمن ذاته عندما يعيش نزوع الميل نحو المخدر ؟ هذا الأمر يحتاج من قبل المعـالج المـرشد الى مـا نسميه بتحليـل البنية المعـرفية (الفكـرية) Cogritive analyris عند المراهق ـ الحدث المنحرف للتعـرف على افكـاره الخاطئـة نحو المخدر.

يتم التعرف على الأفكار الخاطئة من قبل المرشد الاجتماعي بالاسلوب التالي:

أطلب من المتعالج أن يتخيل وجوده مع ثلة من أصدقائه الذين يتعاطى عـادة معهم المخدر في مكـان خـاص. ومن ثم يتصـور المتعـة الكبيـرة التي سيحصل عليها عندما ينشق الكوكايين أو يأخذ جرعة وريديـة من الهيروين أو لفافة حشيش (حسب المخدر الذي يتعاطاه). واطلب منه أن يكلمك إلى أي حد يشعر بالاحباط وبالكدر عندما يُحـرم من تناول المخـدر أو هو بـذاته يكف فـلا يأخـذه. قل لـه أن يحدد بـدقة الافكـار التي تنتـابـه من خـلال

الشعور بالاحباط والاحاديث مع الذات التي يكلم بها نفسه وهو في حالة هذا الحرمان والاحباط. لقد أسماه العلامة أليس «قلق الانزعاج»، وذلك لتفادي التعابير غير الدقيقة التي قد يسمي بها المتعالج هذا الاحساس الذي قد لا يجد فيه الكلمة المناسبة لتسميته. وهذا القلق الانزعاجي يتولد مباشرة من الاحاديث الخاطئة التي رأينا عينة منها (أنظر الشكل رقم ١).

واليك أيها السيكولوجي أو المرشد الاجتماعي بعض التقنيات الكاشفة للتحمل الضعيف للاحباط والتي تستعين بها لمعرفة الاحاديث مع الذات والأفكار الخاطئة التي يكلم المتعالج متعاطي المخدر ذاته بها :

١ ـ استعلم من المتعالج عما يشعر به عندما يكف عن عمد تناول المادة المخدرة التي تعوَّد على تعاطيها. أو سؤاله عن شعوره عندما يكون في موقف لا يتوفر فيه المخدر الذي تعود عليه. فقد يقاوم في بداية الامر في مطاوعتك على الكشف عن هذا الشعور، ولكن عليك الالحاح عليه بتسميته

٢ ـ حاول أن تعيد صياغة تعابيره ومشاعره التي يفصح عنها عندما تعرضه للكشف: كأن يقول لك الغم، الكرب. وهنا تعلمه كلمة «قلق الانزعاج» ليستعمل هذا التعبير الناجم عن الضيق النفسي.

٣ ـ تطلب منه أن يتخيل هذا الموقف الذي يتصارع فيه النزوع الادماني مع الكف. قل له إن ما يشعر به الآن هو قلق الانزعاج.

أيضاً تابع معه تحليل تفكيره الراهن. قل له: ما هي الأفكار التي راودتك قبل أن تشعر بقلق الانزعاج؟ وهنا بعد أن يذكر الأفكار التي تراوده قبل تلبية نزوعه الادماني، اطلب منه أن يناهض ما كان يفكر به (E في

المعادلة التي ذكرناها في الفصل الثاني)، ودربه على كيفية تصحيح هذا التفكير الخاطىء الذي هو جوهر ديناميكية تبديل السلوك الادماني.

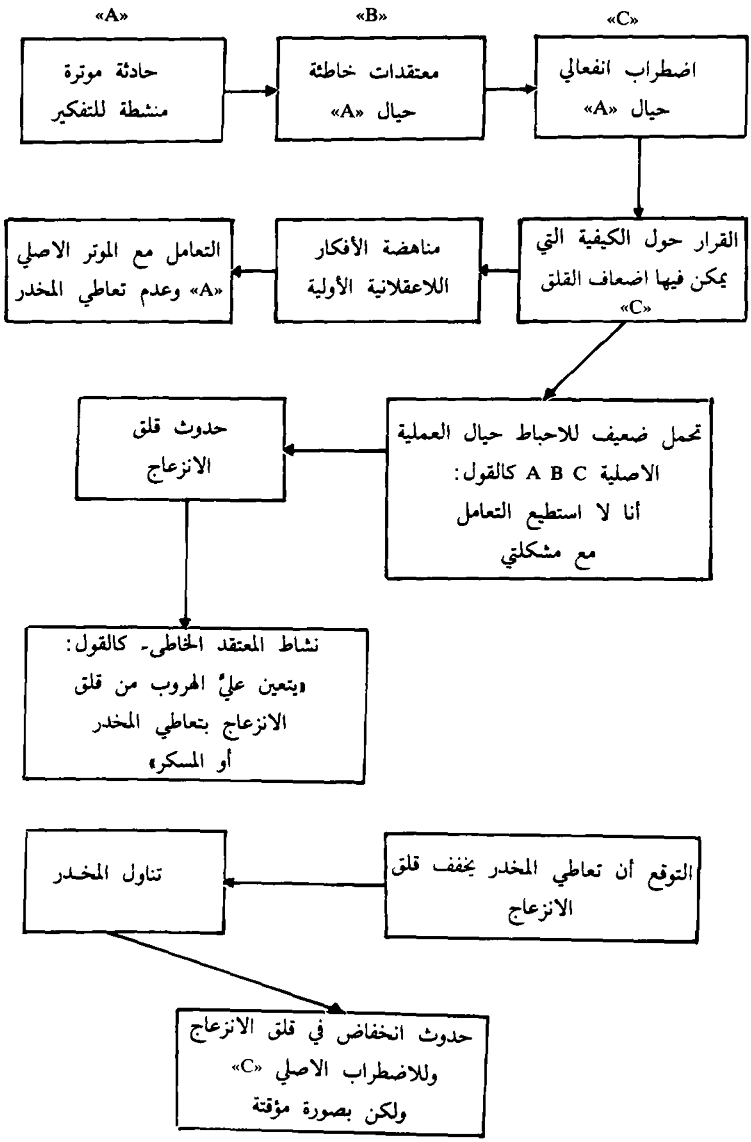
إذن كما تجد أن الكشف عن الافكار الخاطئة التي تترجم الى حديث مع الذات عند المراهق الذي يتعاطى المخدر هي نقطة الانطلاق لتبديلها. وما أن تتبدل وتصحح حتى يليها تصحيح الانفعال والسلوك وهذا هو بيت القصيد في الارشاد العلاجي.

٣ ـ الانسمام بالمخدر كطريقة للتعامل الهروبي مع الموقف :

يلجأ المدمن بالمخدر الى استخدام المخدر أو الكحول كأسلوب تعامل مع المشكلات التي تزعجه فيساعده على الهروب من هذه المشكلات وتحرمه من الخبرات الحياتية التي تعلمه طرق التعامل والتغلب على متاعبه اليومية. ومن خلال اللجوء الى المخدر في كل مرة يواجه فيها مشكلاته الحياتية فان هذا السلوك يقوده الى الانسمام بالمادة المخدرة أو الكحول (الانسمام المزمن الادماني). إن الشكل رقم (٢) يوضح هذه الآلية التعاملية الهروبية. وقل الشيء نفسه بالنسبة للادوية المهدئة التي توصف كأداة أسلوب تعامل، ويبقى المريض مرتبطا بها لأنها تضعف القلق الذي ينجم عن مواجهة المؤثرات الحياتية. وهذه هي مخاطر التعلق بالأدوية النفسية (المهدئات الصغرى).

الشكل رقم (٢)

الانسمام كأسلوب للتعامل مع المواقف الصعبة



ليعلم الاختصاصي الاجتماعي والسيكولوجي ـ وهذا جزء من التثقيف الذي يجب ايصاله الى المتعالج المنحرف المراهق ـ إن المعتقد السائد هو في كون الكحول أو المواد الافيونية هي مهدئة مرخية. وهي كذلك على المستوى النفسي الفيزيولوجي فتثير استجابات فيزيولوجية نفسية سارة. إلا أن التوقع هو دوماً العامل الاساسي في تحقيق الاستجابة المطلوبة أي بتعبير آخر أن الكحولي يتوقع من الكحول أن يرخيه ويجلب له الهدوء والاسترخاء النفسي ـ البدني. إلا أن التأثيرات الحقيقية الفيزيولوجية للكحول ليست كذلك. إن أحد تأثيرات الكحول هو زيادة ضربات القلب، وتنبيه الجملة العصبية الودية (وليس الاسترخاء)، وهذا ما يناقض الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي. فالكحوليون يضللون ذواتهم بتوقعات زائفة أن الكحول مزيل للكرب والتوتر الشيء نفسه بالنسبة للتدخين. فالنيكوتين هو منبه للجملة العصبية الودية وليس مهدئاً لها.

فالتوقع إذاً كثيراً ما يتوافق مع حقيقة تأثير المادة على فيزويولوجية الجسم، نعود الى الكحوليين، فهم يشعرون بقسط بسيط من الاسترخاء، والامر ذاته نراه في المواد المؤثرة على العقل المخدر، عدا الأدوية النفسية الخاصة المضادة للقلق «كالفاليوم» مثلاً فهي فعلاً مهدئة مركنة على مستوى التوقع الفيزيولوجي (وليس التأثير إيحائياً).

إنك كمرشد اجتماعي تستطيع تبديل عواطف وانفعالات الحدث أو المراهق الذي ترشده علاجيا على أساس تدريبه على التصدي لمعتقداته الخاطئة التي تجلب له الكدر والغم والتعاسة وتشرح له أن توقعاته في المواد التي يتعاطاها (أي الايحاء) في الخمر، وفي التدخين وفي غيرها، وموقفه الفكري الخاطىء منها على أنها تجلب له الطمأنينة وتزيد توتراته،

هـذه التوقعـات وذلك التفكـير الخاطىء هما سبب اقبالـه عـلى تلك المـواد وتعـاطيهـا. وعـلى الاختصـاصي الاجتمـاعي أو السيكـولـوجي أن يُفْهِم المتعـالج الـذي يرشـده أن هذا النـوع من العلاج الارشـادي (أي تبـديـل التفكـير والانفعال) يحتـاج الى وقت كيما يلمس نتـائجه. وعـلى المتعالـج أن يـدأب دوماً بمنـاهضة الافكـار الخاطئـة أينما شعـر بالانـزعاج. إذ وراء كـل انزعاج فكرة خاطئة سببت له الانزعاج (نـظرية A B C) ومن خـلال رصده لتلك الافكـار الخاطئـة وتبديلهـا بأخـرى ايجـابيـة يتبـدل تفكيـره وسلوكـه وانفعالاته.

ونتبه المرشد الاجتماعي الى حقيقة هامة في هذا السيـاق هي أن الذين يتعاطون المؤثرات العقلية المخدرة فيهم علة كبيرة تتجلى في عدم قدرتهم على ضبط الـذات، ولا عـلى تحمـل الانـزعـاج، وصبـرهم ضعيف. والعـلاج العقلاني الانفعالي يجب أن يعير هذه الناحية اهتمـامه الأكـبر بجعل المـراهق المنحرف الذي يتعاطى المخدر أو المسكـر أكثر ضبـطاً للذات، ودرجة تحمله لـلاحباط والانـزعاجـات عاليـه، وهـذا كله يتم في (B) أي رصـد الافكـار الخاطئة ومناهضتها وفق المعادلة السابقة التي ذكرناها (انظر الفصل الثاني).

في كثـير من الأحيان، إن الاضـطراب الانفعالي الـذي يعانيـه المـدمن المـراهق وهو (C) ـ أي الاستجـابـة الانفعـاليـة ـ من المعـادلـة A B Cهـذا الاضطراب ذاته يعود ليصبح العنصر المنشط المحـرض (A) أي لسلسلة من المعتقـدات والافكار الخـاطئة. أي أن (C) هي التي تصبـح المحـرض لتلك المعتقـدات، وبالتـالي تبرز مشكلة جـديـدة هي زيـادة الاضـطراب النفسي وشدة العَرَض، ويسمى أيضا بالاضـطراب الثانـوي Secondary Symptom (Wallen, Wessler 1980) تـظهر شـدة العرض عنـد المدمن بصـورة جامحـة

طاغية. فيبدو غير قادر على تحمل مشاعر القلق والاكتئاب والغضب. وما أن تملكه هذه المشاعر حتى ينشط المعتقد الخاطىء (B) الذي يعزز تناول المخدر أو الكحول بفعل تزايد قلق الانزعاج وضعف التحمل للاحباط الناجم عن عدم تناول المخدر أو الكحول والذي يدور في فكره عادة من الافكار الخاطئة المحرضة على تناول المخدر هو التالي:

- لا أستطيع تحمل هذا الانزعاج.
- يجب أن أزيل هذا الكدر.
- يجب الّا أكون مكروباً وما الى ذلك.

وبالطبع وكما ذكرنا، أن أقصر طريق له لازالة قلق الانزعاج هو بتناول المخدر أو المسكر وتناول المخدر يخمد القلق الثانوي والاصلي معا. وهنا تكون المادة بمثابة تعزيز سلبي للسلوك الادماني.

ونلاحظ أن المدمن لا يبتغي في هذه الحالة من المادة المخدرة أو المسكرة النشوة والفرح والبهجة بل ازالة الكرب والقلق والألم. إزالة الالم الاصلي (A) والألم الثانوي (C)، أي شدة العرض، وهذا ما يزيد احتمال ظهور الآلية الادمانية مرة أخرى بفعل هذا التعزيز السلبي.

إن التحليل السلوكي لاسلوب تناول المادة المخدرة أو المسكرة عند مدمن نجد فيه أنه في كل مرة يلجأ إلى تعاطى المخدر، يكون إما من أجل مواجهة الموقف المزعج (المخدر كأداة تعامل مع الموترات) أو أنه تحت تأثير ضواغط الحياة والعمل وشداته. وتشير أبحاث «مارلات» ١٩٨٣م» إلى إن معظم الذين يتعاطون المخدر أو المسكر ينتكسون عادة عندما تعترضهم مواقف مزعجة وموترات بيئية. فالمخدر أو المسكر يلعبان دور الهدف المعزز

تعزيزاً سلبياً للهروب والتخدير. فهما يساهمان ويساعدان على تجنب الضيق والكرب وبصورة مؤقتة (مدة وجود المادة المخدرة أو المسكرة في الدم).

فالمخدر والمسكر:

١ - يعززان معتقد متعاطيهما أنه غير قادر على تحمل الانزعاج.

٢ - يعززان عادة تعاطيهما باستخدامهما كأداة للتعامل مع المشكلات الانفعالية.

٣ - يعززان عادة الاستجابة للحوداث الباعثة على التوتر.

٤ - يمنعان المدمن من تعلم الاستراتيجيات الفعالة التي تتصدى للحوادث الموترة الباعثة على القلق والسيطرة عليها، والتي تحرض نزوع الادمان.

وهكذا تجد أيها الاختصاصي الاجتماعي كيف أن المخدر أو المسكر يشلان قدرة الفرد في تعلم المهارات القادرة على التصدي لمشكلات الحياة. ويجعلانه يفر اليهما عند بروز أي مشكلة أسرية أو مهنية أو اجتماعية بحيث يصبح مع الوقت منعزلاً عن أفراد أسرته واقرانه ومحيطه، وبفعل هذا الانعزال والهروب والاغتراب نجد أن بعض أعراض شبه الفصام تظهر عليه.

وحيث أن المدمن أو المخمور يتوقف عند تعلم الخبرات الاجتماعية المكتسبة بفعل الغطاء التحذيري الذي يعطل تفكيره فإن نضجه الاجتماعي يتوقف أيضاً ونتيجة الانسمام الكحولي المزمن أو بالمخدر تتأذى قدراته العقلية ويترقى تفكيره الاخرق اللامنطقي، وتتعاظم هذياناته المشوهة للواقع، ويصاب بالعته العقلي واعتلال الدماغ (بالنسبة للمدمن على الخمرة).

متعاطي المخدر أو المسكر انسان ينكر وجود مشكلة عنده :

إنكـار المدمن بـوجود مشكلة عنـده يقف حائـلا دون كشف المعتقدات الخاطئة التحتية الكامنة وراء الانكار «أسـرة المدمن والمعـالج يعـرفان وجـود مشكلة».

أنمـوذج أو آلية الانسمـام المزمن في التعـامل مـع الشدات عنـد المدمن تفسر لنـا هذا الانكـار. فالانكـار ليس فقط يصدر عن معتقـدات وافكار مشوهة للواقع فقط، ولكن لأن المدمن ما أن يعصف به قلق الانـزعاج حتى يبادر بازالته بالمخدر أو المسكر، لذا فان تحمله الضعيف لـلاحباط «ومـداواة القلق بتعاطي المادة المخدرة تجعلانه لا يشعر بوجود مشكلة لديه. فهو يهرب الى الاحساس بالخبل» لانعدام التفاعل وتبلد العاطفة ضـد متاعب حيـاته. فهو إذاً لا يشعر بوجود مشكلة لديه لانعدام المعاناة.

المـدمنـون يعجـزون عن تنميـة أي شعـور بـالتحـدي والتنـافس الاجتماعيين، وبفعل آلية الانكار ينظرون الى ذواتهم عنـد ممارسـة أعمالهم لأن أداءهم يكون حسناً وجيداً، بينما يكون ذلك العكس.

تسـاق الأسرة، أسـرة المراهق المنحـرف، عادة في تعـزيز هـذا الانكار وانعـدم الحس بالمشكلة (وهـذا ما سنتكلم عنـه بالتفصيـل في الجـزء الثـاني وطرق التعامل الارشادي مع أفراد أسرة المراهق المدمن).

عـلى المرشـد الاجتماعي في حـال مواجهـة الانكـار بـالنفـوذ الى عمق التشوهات في إدراكه للواقع التي يسببها قلق الانزعاج عند المدمن ومساعدته على أن ينظر إلى صعـوباتـه الحقيقة التي طمسهـا بمساعـدة أفراد أسـرته بمـا يقدمون له من حماية.

تعرية أنموذج التعامل الانسمامي لجعله يدرك وجود مشكلة :

الـطريقة المجـدية لجعله يـدرك ويعتقـد بـوجـود مشكلة لـديـه ويؤمن بتصوراته الذاتية تكون :

١ ـ في اعفـاء أفراد أسـرته من الـدور الداعم الـذي يلعبـونـه مـع المـراهق متعاطي المخدر أو الكحول.

٢ ـ تحييد افراد الاسرة ورفع الـدعم عنه يجعله يـدرك لاول مرة بصعـوباتـه (لأن المعينين له انسحبوا من ادوارهم)، وفي نفس الوقت بدأت تصدمه تراكمات المشكلات وتتحداه، وتهز وعيه.

٣ ـ كرد فعل لهذه التراكمات يمضي في تعاطي المخـدر أو المسكر للهـروب، وبـالتالي تـزداد مشكلاتـه المهنية والاسـرية والاجتمـاعية بفعـل الخبـل المستمر الناجم عن الادمـان. وهنا نجعله يقـع في هوة الادمـان وقصره وقوعاً متسارعاً حلزونياً ليصطدم بقعر الهوة بفعل تزايد حجم المسكر أو المخدر الذي يستهلكه، وتعاظم كدره وغمه. أي جعله يدخل في حلقة الادمـان ومـا يتـرتب عنـه من متـاعب مفـزعـة وهـذه الاستـراتيجيـة الاغراقية التي تجعله يهوي في أسفل الهـاوية ليصـطدم بقعرهـا تصدمـه ليصحو ويعي تصوراته ويعترف بوجود مشكلة ويـطلب حينئذ الارشـاد والعـلاج «في الجزء الثـالث سنتكلم عن هذه الاستـراتيجية الاغـراقيـة بالتفصيل».

على المرشد الاجتماعي المعالج أن ينتبه الى الاحباطات والفشل (فشـل الدراسة أو المهنة وغير ذلك.) في دفع المراهق الى الهروب الى المخدر، وأن يعرف الاسباب التي حالت دون حل المشكلات التي عاناها.

وإذا كانت لدى المتعالج الحلول لحل مشكلاته، على المعالج أن يعـرف

أسباب عدم الأخذ بها. وفي كل الأحوال سيجد المرشد المعالج أن تحمل المعالج المراهق الضعيف للاحباط هو الذي منعه من الاخذ بالحلول لمشكلاته واللجوء الى المخدر.

٤ ـ الانسمام الكحولي أو الادماني يضعف الشعور بقيمة الذات عند المدمن ويحط من شعوره بكرامته :

أ ـ يشعر المدمن أنه مغلوب على أمره، أسير نوع من السلوك غير قادر على الافلات منه.

ب ـ يضعف السلوك الادماني شعور المدمن بقيمته بذاته واحترامه لها ويحط من ادراكه بقيمته الاجتماعية، فهو يشعر بالصغارة، وهذه المشاعر تقوده الى الشعور بالاثم ولوم الذات والاصابة بالاكتئاب.

جـ ـ المدمن يتعاطى المادة المخدرة لازالة ضواغط لوم الذات وتحقيره لنفسه، إنه يهرب من نفسه ومن محاسبة ذاته لسلوكه. وبالطبع ليس جميع المدمنين تنتابهم مثل هذه المشاعر، ولكن أكثريتهم يصنفون تحت اطار فقدان الشعور بقيمة الذات (الشكل رقم ٣).

د ـ متعاطو المخدرات والمسكرات، ما أن يصحوا من عارضة الشرب أو الادمان، حتى يجدوا انفسهم وقد لحقت بهم كوارث الطرد من المدارس أو من العمل وبالانتقادات والتحقير لذواتهم من قبل الغير بفعل سلوكهم الادماني المرفوض وهنا إما أن يعترفوا باخطائهم نتيجة ما فعله الادمان بسلوكهم أو أنهم يدينوا انفسهم ويحقرونها على ما فعلت من آثام (تحقير الذات).

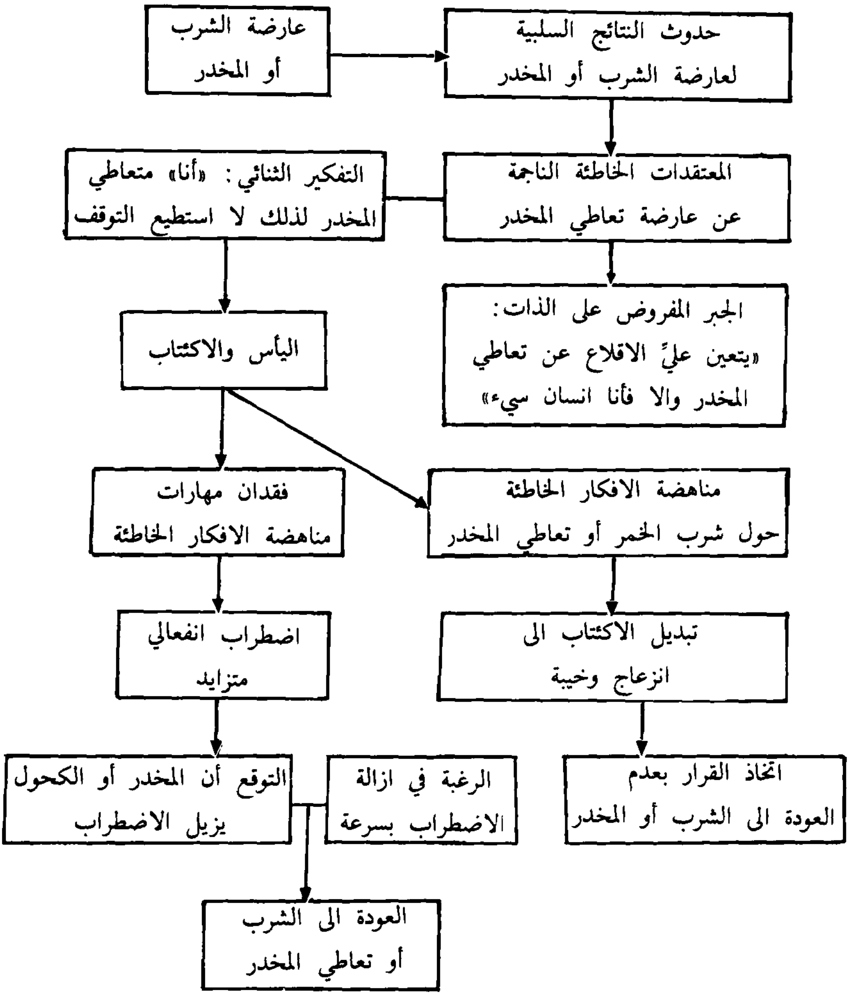
هـ ـ المدمنون من الشخصيات العَصابية يستغلّون عوارض الانسمام التي تلحق بهم لتكون فرصة لهم لادانة أنفسهم وتحقيرها.

و ـ أسباب تحقير الذات تعود الى النكس الذي يعتريه المدمن بعد ما قرر ايقاف تعاطي المخدر أو الكحول، ونقضه للعهد الذي قطعه على نفسه هذا من جهة، ومن جهة اخرى الى التفكير الثنائي Dichotomus المتطرف، فهو إما شارب للخمرة أو متعاطي للمخدر أو ممتنع عن ذلك. فاذا ما اخذ رشفة خمر أو نشق حفنة كوكائين فهو متعاط، ويعطي لنفسه هوية المدمن فلا يقدر على فطم نفسه والتخلي عن ادمانه، ويؤدي الى الانتكاس الكامل، وبالتالي يلصق بنفسه صفة اليأس والخور والضعف وقلة احترام الذات. فالتفكير الثنائي الذي يتسم بحدين متطرفين خلقهما المعتقد الخاطىء حيال ذاته وحيال الادمان هو سبب مشكلته، وكما سنجد في الفصول المقبلة عند علاج الانتكاسات. أهمية إرشاد المدمن الى ضرورة التخلي عن هذا التفكير الثنائي الخاطىء الذي يمنعه من استرداد ثقته بذاته وزيادة اعتباره لذاته، ويحرمه من مكافحة التفكير الخاطىء الذي يؤدي به الى هذا الانتكاس.

الشكل رقم (٣)

أنموذج الانسمام المضعف لاحترام الذات
وفقدان الشعور بالقيمة الاجتماعية

(عن ألبرت أليس)



٥ ـ السيكوباتية والكحولية أو المخدر ومطلب الاثارة :

لوحظت العلاقة بين الاضطراب السيكوباتي (وتسمى السيكوباتية أيضاً) «باعتلال السلوك الاجتماعي Sociopathy» والادمان على المخدرات والمسكرات (Gluekand Mccord 1960)

في اعتقاد بعض البحاثين أن السيكوباتية بذاتها تؤدي الى الادمان (Robins 1966). بينما يرى آخرون العكس، أي أن السيكوباتية تنجم عن تعاطي المسكرات أو المخدرات (فيلانت ١٩٨٠م). وبالطبع حتى الآن لا توجد تفسيرات قاطعة بين العلة والمعلول في السيكوباتية والادمان.

إلاّ أنه لا يمنع من أن نجد سيكوباتيين بالتركيب يرتبطون بالمخدر، وآخرون حوّلهم الادمان الى سيكوباتيين بسلوك مضاد للمجتمع (فيلانت ١٩٨٣م)

إذا كان السيكوباتي بتركيبه وبموروثاته يحمل السيكوباتية، فما هو الشيء الذي يدفعه الى الادمان. ؟

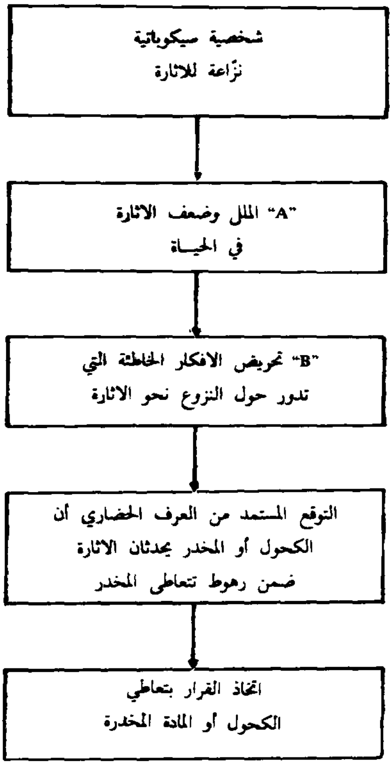
الجوب : كما يفسر ذلك اصحاب النظريات، أن السيكوباتي ينزع الى الاثارة والعيش دائما في حالة اثارة، وهذا النزوع يكون مصحوباً دوماً بضعف السيطرة على الذات (Ware 1986) وترى النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن مطلب الاثارة لا يكفي لوحده لدفع السيكوباتي الى الادمان، بل لا بدَّ من وجود عنصر وسيط وهو التفكير الخاطىء الذي يضعف من تحمله للضجر ورتابة الحياة، فيدفعه هذا التفكير لتعاطي المخدر من أجل كسر روتينية حياته لاضعاف قلق الانزعاج (Ellis 1988).

وهـذا التفسـير لـ«إلبـرت أليس» هـام جـداً بـالنسبـة لـلاختصــاصي الاجتماعي أو السيكولوجي الذي يتدبر أمور المراهقين المنحرفين المدمنين في الاصلاحيات إذا كانوا يحملون تـركيب السيكوبـاتية، والادمـان هو عـرض ثانوي، إذ عندما يكون هؤلاء في نقطة الاثارة الدنيا الضعيفة ويعـانون الملل والضجر فإن الميل إلى تعاطي المخدر يكون في المظور.

والشكل رقم (٤) يوضح هذه الآلية :

الشكل رقم (٤)

أنموذج آلية مطلب الاثارة والادمان عند السيكوباتي



طبعت بالمطابع الأمنية بدار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض ١٤١٣هـ - ١٩٩٢م